

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

(Die Zuweisung ist budgetneutral)

**Kurativ**

Eine ernährungstherapeutische Beratung gemäß § 43 SGB V durch eine(n) qualifizierte(n) Ernährungsberaterin (-berater) ist notwendig.

Telefonnummer PatientIn: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Blutdruck: \_\_\_\_\_

Diagnose / Verdachtsdiagnose (mögliche Indikationen siehe unten): \_\_\_\_\_

Folgende Anlagen liegen bei:

Laborwerte

Medizinische Befundberichte

Medikationsliste

**Arzt / Unterschrift / Stempel / Datum**

Indikation(en) für die ernährungstherapeutische Beratung:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas BMI > 30          | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauferkrankung | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung                              |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht BMI > 25         | <input type="checkbox"/> Hypertonie               | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung                               |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht BMI < 18,5      | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht      | <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz                            |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust, ungewollt   | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung  | <input type="checkbox"/> Fruktosemalabsorption                        |
| <input type="checkbox"/> Essstörung                   | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung          | <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz                           |
| <input type="checkbox"/> Mangel- und Fehlernährung    | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung   | <input type="checkbox"/> Zöliakie/Sprue/gluteninduzierte Enteropathie |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ: _____ | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung          | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie                       |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung      | <input type="checkbox"/> Pankreasinsuffizienz     | <input type="checkbox"/> _____  |
| <input type="checkbox"/> Metabolisches Syndrom        | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung         | <input type="checkbox"/> _____  |

Dipl. oec.troph. Eva Metz, Ernährungsberatung-/therapie, Tel.: 0561-93715290  
 Praxis: Mergellstraße 11, 34130 Kassel, email: metz.eva@web.de, www.esswertsein.de