



Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Hiermit bestätige ich die Notwendigkeit einer Ernährungstherapie / Diätberatung / Ernährungsberatung nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 o. 2 SGB V durch eine/n Diätassistenten/in

Name, Vorname des Versicherten, geboren am:

Krankenkasse

Diagnose(n)

Bitte kreuzen Sie mindestens eine Diagnose an.

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Adipositas, Übergewicht | ☐ Hypertonie | ☐ Post-Covid, Long-Covid |
| ☐ Arteriosklerose | ☐ Hyperurikämie, Gicht | ☐ Rheuma |
| ☐ Arthrose | ☐ Lebererkrankungen | ☐ Schilddrüsenerkrankung |
| ☐ Cholangitis, Cholelithiasis | ☐ Nahrungsmittel-Allergie | ☐ Untergewicht |
| ☐ Darmerkrankungen | ☐ Nahrungsmittel-Unverträglichkeit | ☐ Verdauungsproblem |
| ☐ Diabetes | ☐ Nephrologische Erkrankung | ☐ Zöliakie |
| ☐ Essstörung | ☐ Neurologische Erkrankung | ☐ Zustand nach bariatrischer OP |
| ☐ Fettstoffwechselstörung | ☐ Onkologische Erkrankung | ☐ Sonstiges Erkrankung _____ |
| ☐ Gastritis, Ulkus | ☐ Osteoporose | |
| ☐ Herzinsuffizienz, KHK | ☐ Pankreaserkrankungen | |
-

Ort, Datum,

Praxis- / Arztstempel und Unterschrift

Hinweis für die Arztpraxis: Diese Zuweisung ist budgetneutral!

Bitte geben Sie Ihren Patienten gegebenenfalls aktuelle Laborwerte, Medikationsplan und Befunde an die Hand, damit eine zielgerechte Ernährungstherapie erfolgen kann. Vielen Dank.