

# Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für eine ernährungstherapeutische Beratung (§43 SGB V)

Adresse / Stempel des zuweisenden Arztes / Unterschrift



Mit freundlicher Unterstützung von:  
www.nutriception.de © 2008-2023

|                                |                  |        |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |        |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |        |
| Kassen-Nr.                     | Versicherten-Nr. | Status |
| Vertragsarzt-Nr.               | VK gültig bis    | Datum  |

Datum: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm Früheres Normalgewicht: \_\_\_\_\_ kg

Diagnose(n) / Befund (ggf. ICD-Codes):

Medizinische Therapie und Medikation:

Ernährungstherapeutische Maßnahme (falls spezielle therapeutische Methoden und/oder eine besondere Vorgehensweise erforderlich sein sollte):

Die ernährungstherapeutische Beratung ist aus den unten genannten Gründen medizinisch indiziert:

- Adipositas (Grad: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_)  Übergewicht (BMI: \_\_\_\_\_)
- Mangelernährung / Untergewicht / Malnutrition (BMI: \_\_\_\_\_)  HIV / AIDS / Immunol. Erkrankungen  Kachexie / Wasting Syndrome
- Diabetes mellitus →  Insulinresistenz / Prädiabetes  Diabetes Typ 2  Typ 1
- Fettleber ( NASH  ASH)  Hepatitis ( \_\_\_\_\_ )  Pankreatitis - Art: \_\_\_\_\_  Gicht  Hyperurikämie
- Hauterkrankungen ( Neurodermitis  andere: \_\_\_\_\_)  Arthrose / Arthritis  Rheuma  Osteoporose
- Herzerkrankungen - Art: \_\_\_\_\_  Hypertonie / KHK → RR: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Hyperlipoproteinämie  Cholesterin  TG  Sonstiges \_\_\_\_\_
- Nahrungsmittelallergie(n): \_\_\_\_\_
- Pollinosis / Kreuzallergie(n): \_\_\_\_\_
- Niereninsuffizienz  Nephrol. Erkr.: \_\_\_\_\_  Onkologische Erkrankung(en): \_\_\_\_\_
- Reizdarmsyndrom (RDS)  Refluxoesophagitis  Gastritis  Chron. Diarrhoe  Chron. Obstipation  Meteorismus
- Intoleranzen →  Fructose  Lactose  Sorbit / Zuckeralkohole  ASS-Intoleranz  Histamintoleranz / Pseudoallergie
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen →  Morbus Crohn  Colitis Ulcerosa
- Zöliakie (Sprue), Typ/KL.: \_\_\_\_\_  Glutensensitivität  Divertikelkrankheit  Divertikulitis
- Schilddrüsen-Unterfunktion  Schilddrüsen-Überfunktion  Morbus Hashimoto  Multiple Sklerose
- Essstörungen →  Binge Eating Disorder  Anorexie  Bulimie
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## INFOS an ÄRZTIN / ARZT

- Verordnung ist extrabudgetär
- Übergabe der vollständig ausgefüllten/signierten Notwendigkeitsbescheinigung an Patient\*in
- ggf. zusätzlich Kopien aktueller Laborparameter, der Medikation und Befundberichte

## INFOS an VERSICHERTE / VERSICHERTER

- Kontaktaufnahme mit Krankenversicherung und/oder Diätassistent\*in oder qualifizierter(m) Oecotrophologe\*in oder Ernährungswissenschaftler\*in
- Klärung der Finanzierung bzw. Bezuschussung der verordneten Maßnahme (ggf. Kostenvoranschlag von Diätassistent\*in, Oecotrophologe\*in oder Ernährungswissenschaftler\*in vor Inanspruchnahme für Krankenversicherung notwendig)
- Kopie der vollständig ausgefüllten/signierten Notwendigkeitsbescheinigung erstellen

Mit freundlicher Unterstützung von:

**nutriception**  
Praxis für Ernährungsberatung und -therapie  
Dipl. oec. troph. Krisztian Mark Koczor

Bonner Straße 37 – 40589 Düsseldorf  
Tel.: +49 (0) 211 – 75 99 847  
Mobil: +49 (0) 179 – 37 37 370  
Fax: +49 (0) 211 – 79 517 00 | Email: info@nutriception.de



ZERTIFIKAT  
ERNÄHRUNGSBERATER  
**VDOE**  
VERBAND DER  
OECOTROPHOLOGEN E.V.  
**nutriception.de**