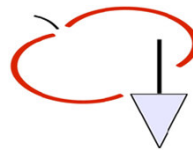


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Diagnose(n) / Verdachtsdiagnose(n)



**Essen im Lot**

Ernährungsberatung und -therapie

## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Eine Ernährungstherapie durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft ist medizinisch notwendig.

Stempel Unterschrift von Ärztin / Arzt

Körpergröße \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_ Perzentile \_\_\_\_\_

Die ernährungstherapeutische Beratung ist aus unten genannten Gründen medizinisch indiziert:

- Untergewicht (BMI < 18,5)
- Übergewicht/Adipositas
- Bluthochdruck RR \_\_\_\_\_ mmHg
- Hyperurikämie/Gicht Harnsäure \_\_\_\_\_ mg/dl
- Fettstoffwechselstörungen Gesamtcholesterin \_\_\_\_\_ mg/dl  
LDL \_\_\_\_\_ mg/dl HDL \_\_\_\_\_ mg/dl  
Triglyceride \_\_\_\_\_ mg/dl
- Diabetes Typ 2 HbA1c \_\_\_\_\_ %
- Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten \_\_\_\_\_
- Neurodermitis
- Osteoporose
- Mangelernährung
- Erkrankungen der Verdauungsorgane
- Sonstige Indikationen \_\_\_\_\_

Bemerkungen

---



---

### ÄRZTIN | ARZT:

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

### VERSICHERTE | VERSICHERTER:

- Kontaktaufnahme mit Krankenversicherung und/oder qualifizierter(m) Oecotrophologe\*in oder Ernährungswissenschaftler\*in
- Klärung der Finanzierung bzw. Bezuschussung der verordneten Maßnahme (ggf. Kostenvoranschlag oder Terminvereinbarung v or Inanspruchnahme für Krankenversicherung notwendig)
- Terminvereinbarung zur Durchführung der verordneten Maßnahme