Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

für

Name, Vorname _____ geboren am _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Zuweisung zum:

Ihr Ernährungs Coach Marko Schilling Ernährungsberater/DGE

Diplom-Trophologen

Marko Schilling

Ernährungsberater/DGE

0170/2731874
kontakt@ernaehrungscoach-schilling.de

Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert. Um entsprechende Kostenübernahme wird im Namen des Patienten gebeten.

- o Medikamentenplan liegt bei
- o Laborbefunde liegen bei
- o medizinische Berichte liegen bei

Größe _____ Gewicht _____ BMI _____ RR _____

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen!

o Adipositas	o Untergewicht	o Diabetes Typ 1/Typ 2
o Bluthochdruck	o Fettstoffwechselstörung	o Darmerkrankungen
o Hyperuricämie/Gicht	o Osteoporose	o Nahrungsmittelintoleranz
o Essstörungen	o Rheuma	o Schilddrüsenerkrankungen
o Z. n. bariatrischer OP		o Hepatische Erkrankung

o sonstige Erkrankung _____

Ich bitte um
- ☐ Zusendung eines Beratungsberichtes
- ☐ telefonische Rücksprache

- ☐ zu Beginn der Beratung.
- ☐ regelmäßig.
- ☐ bei Abschluss der Beratung.

Ort, Datum _____ Stempel, Unterschrift des Arztes _____

Vorgehensweise zur Verordnung und Inanspruchnahme einer ernährungstherapeutischen Beratung:

Arzt/Ärztin

° Verordnung ist außerhalb des Budgets

° vollständig ausgefüllte Notwendigkeits-Bescheinigung dem/der Patient/in übergeben

Versicherter/Versichterte

° ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung beim Arzt Besorgen

° Notwendigkeitsbescheinigung an Krankenkasse übergeben und Bezuschussung klären

° nach Klärung mit Krankenkasse beim Ernährungsberater Termin vereinbaren