

Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Ernährungsberatung nach § 43 SGB V

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*)
Name, Vorname des Versicherten							
geb. am							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum			

Diagnosen

- Pat. im DMP-Programm
 Pat. im HA-Programm / HZV

Größe: _____ HbA_{1c}: _____

Gewicht: _____ Therapie (z.B. Diabetestherapie): _____

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

Stoffwechselerkrankungen Adipositas kindliche/jugendliche Adipositas Diabetes Hyperlipidämie
 arterielle Hypertonie Hyperurikämie Metabolisches Syndrom familiäre Stoffwechseldisposition KHK AVK
 Untergewicht Praeoperativ Niereninsuffizienz ADS/ADHS Asthma bronchiale

Entzündlich-degenerative Erkrankungen Rheuma Colitis ulcerosa M. Crohn Polyarthrose Psoriasis
 WS-Leiden unkl. Ekzem Osteoporose Neurodermitis

Dysfunktionelle Erkrankungen Laktoseunverträglichkeit Glutenunverträglichkeit Fruktoseunverträglichkeit
 Reizmagen Reizdarm Allergie Histaminunverträglichkeit fkt. Diarrhoen Obstipation Refluxösophagitis
 Divertikulose

Die ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V ist bei der genannten Patientin / dem genannten Patienten aufgrund der bestehenden Krankheiten bzw. der genannten Diagnosen medizinisch indiziert.

Notwendigkeitsbescheinigung: _____ Ernährungsberatung/en als Einzelberatung / Kleingruppenberatung

Datum

Unterschrift

Stempel

Anwenderhinweise:

- Eine Ernährungsberatung wird i.d.R. von den gesetzlichen Kassen bezuschusst, von den Privaten dagegen oft nicht. Eine Abklärung der Kostenübernahme ist Aufgabe des Patienten.
- Beratungen nach § 43 dürfen nur von qualifizierten und zertifizierten Fachkräften durchgeführt werden (Listen von Fachkräften mit deren Spezialgebiet haben VDD, VDOE und DGE).
- Bei diesem Formular handelt es sich lediglich um eine Ausfüllhilfe.