

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

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

Kurativ

Eine ernährungstherapeutische Intervention nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 o. 2 SGB V durch eine(n) Diätassistent*in oder qualifizierte(n) Oecotropholog*in oder Ernährungswissenschaftler*in ist notwendig.

Größe:	cm	Gewicht:	kg	BMI:	kg/m ²	Perzentile:	Blutdruck:	mmHG
--------	----	----------	----	------	-------------------	-------------	------------	------

Diagnose(n) | Verdachtsdiagnose(n)

Auftrag | wichtige Informationen für die Beratung

Prof. Dr. med. Martin Büsing
Direktor der Chirurgischen Klinik I
Allgemein- und Viszeralchirurgie, Adipositas- und
Metabolische Chirurgie, Plastisch-Rekonstruktive Chirurgie
Klinikum Vest GmbH
Knappschaftskrankenhaus
Dorstener Str. 151 · 45657 Recklinghausen
Tel. 02361 56 - 3101 · Fax: -3197
Stempel Unterschrift von Ärztin | Arzt

Laborbefunde Medikamentenplan Befundberichte

Diagnose(n) | Verdachtsdiagnose(n)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas Übergewicht | <input type="checkbox"/> Fettleber Leberzirrhose Hepatitis | <input type="checkbox"/> Nephrologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose KHK | <input type="checkbox"/> Gastritis Ulkus | <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Cholangitis Cholelithiasis | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz KHK | <input type="checkbox"/> Pankreaserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> COVID-19 | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie Gicht | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 oder 2 | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie | <input type="checkbox"/> Untergewicht Mangelernährung |
| <input type="checkbox"/> Essstörung Fütterstörungen | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranz
-unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Zöliakie |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | | <input type="checkbox"/> Zustand nach bariatrischer Operation |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Informationen und Vorgehensweise zur Verordnung und Inanspruchnahme einer Ernährungstherapie

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 Diätassistent*in oder qualifizierter(m) Oecotrophologe*in oder Ernährungswissenschaftler*in
- Klärung der Finanzierung bzw. Bezuschussung der verordneten Maßnahme (ggf. Kostenvorschlag von Diätassistent*in, Oecotrophologe*in oder Ernährungswissenschaftler*in vor Inanspruchnahme für Krankenversicherung notwendig)
- Terminvereinbarung zur Durchführung der verordneten Maßnahme