

Zur Weitergabe
An Ihre Ärztin /
An Ihren Arzt

Wilhelm-Grasmehr-Straße 6-8
52078 Aachen

☎ 0241-46863574 / 0159-01957689
🌐 www.ernaehrung-prumbach.com
✉ info@ernaehrung-prumbach.com

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihr Patient möchte eine Ernährungsberatung in Anspruch nehmen und wendet sich daher heute mit der Bitte um eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung an Sie. In meinem Büro für Ernährungsberatung und Ernährungstherapie erhält Ihr Patient eine entsprechende qualifizierte Leistung.

Meine Arbeit basiert auf den aktuellen Empfehlungen von Fachgesellschaften und entspricht den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen:

- Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)
- Berufsverband Ökotrophologie e.V. (VDOe)
- Deutschen Allergie- und Asthmabund e.V. (daab)
- Leitlinien und Qualitätsstandards der einzelnen Krankheitsbilder

Von den gesetzlichen Krankenkassen bin ich anerkannt und die Beratung wird bezuschusst. Ihr Patient erhält neben ausführlichen Informationen zu den aktuellen Ernährungsempfehlungen auch alltagstaugliche Hilfestellungen zur Umsetzung in seiner persönlichen Lebenssituation. Seine individuellen Fragestellungen stehen hierbei im Fokus der Beratung. Auf Wunsch sende ich Ihnen gern einen Beratungsbericht.

Haben Sie Fragen zur Ernährungsberatung, oder gibt es noch weitere Patientinnen oder Patienten denen Sie eine Ernährungsberatung unterstützend anbieten möchten, oder die durch eine Ernährungstherapie ihre gesundheitliche Situation verbessern können? Ich stelle Ihnen mein Angebot und meine Möglichkeiten gerne vor. Sprechen Sie mich an!

Mit freundlichen Grüßen



Lukas Prumbach

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Kurativ

Eine ernährungstherapeutische Intervention nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 o. 2 SGB V durch einen/e Diätassistent/in oder qualifizierte/n Oecotrophologen/ in oder Ernährungswissenschaftler/in ist notwendig.

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

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

Diagnose(n) / Verdachtsdiagnose(n)

Auftrag / wichtige Informationen für die Beratung

- Laborbefunde Medikamentenplan Befundberichte

Arztstempel / Unterschrift des Arztes

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"/> chronisch entzündliche Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 / 2 | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Essstörung / Futterstörungen | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie | <input type="checkbox"/> Untergewicht / Mangelernährung |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranz / -unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Zöliakie |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | <input type="checkbox"/> Zustand nach bariatrischer Operation |

Informationen und Vorgehensweise zur Verordnung und Inanspruchnahme einer Ernährungsintervention

ARZT / ÄRZTIN:

- Verordnung ist extrabudgetär
- Übergabe der vollständig ausgefüllten Notwendigkeitsbescheinigung an die Patientin / den Patienten,
- ggf. zusätzlich Kopien aktueller Laborparameter, der Medikation und Befundberichte

VERSICHERTE / VERSICHERTER:

- Kontaktaufnahme mit Krankenversicherung und / oder Diätassistent/in oder qualifizierter/n 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)
- Terminvereinbarung zur Durchführung der verordneten Maßnahme