

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

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

(Die Zuweisung ist budgetneutral)

Kurativ

Eine ernährungstherapeutische Beratung gemäß § 43 SGB V durch einen qualifizierten Ernährungsberater*in ist notwendig.

Telefonnummer Patient*in: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____ Perzentile: _____ Blutdruck: _____

Diagnose / Verdachtsdiagnose (mögliche Indikationen siehe unten):

Folgende Anlagen liegen bei:

Laborwerte

Medizinische Befundberichte

Medikationsliste

Arztstempel / Unterschrift Arzt/ Ärztin

Indikation(en) für die ernährungstherapeutische Beratung:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas/Übergewicht | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauferkrankungen | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust, ungewollt | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ: _____ | <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz |
| <input type="checkbox"/> Essstörung/ Fütterstörung | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Fruktosemalabsorption |
| <input type="checkbox"/> Mangel- und Fehlernährung | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/ Gicht | <input type="checkbox"/> Zöliakie/ Sprue/ gluteninduzierte Enteropathie |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Metabolisches Syndrom | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Pankreasinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> _____ |

Erklärungen zur Vorgehensweise bei gesetzlich Versicherten:

ARZT*IN

- hält eine ernährungs-(therapeutische) Beratung seines/seiner Patienten*in für notwendig und bescheinigt dies mit Angabe der Diagnose
- gibt diese Notwendigkeitsbescheinigung dem/der Patienten*in mit und legt Kopien aktueller Blutwerte, ggf. der Medikation und evtl. Befundberichte bei!

PATIENT*IN

- nimmt Kontakt zu seiner/ihrer Krankenkasse auf, um sich nach den Bezuschussungsmöglichkeiten zu erkundigen
- nimmt dann Kontakt zu der ambulanten Ernährungsberatung am Klinikum Kassel auf: www.kinderbauchzentrum.de/ernaehrungstherapie oder per Telefon: 0561 980 5550/ -5551 um einen Termin zu vereinbaren
- lässt der Ernährungsberaterin vor der Beratung oder spätestens zum Erstgespräch die Kopie der ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung sowie die aktuellen Blutwerte, Befundberichte und ggf. die Übersicht der Medikation zukommen
- wird ggf. von der Krankenkasse aufgefordert, einen Kostenvoranschlag der Ernährungsberaterin vorzulegen

- sendet das Original der Notwendigkeitsbescheinigung (und ggf. den Kostenvoranschlag) an seine Krankenkasse und wartet auf deren Rückmeldung
- nimmt die Ernährungsberatungen/Leistungen in Anspruch und zahlt die Rechnung der Ernährungsberaterin
- stellt bei seiner/ihrer Krankenkasse mittels Vorlage der Rechnung und dem Zahlungsnachweis den Antrag auf Bezuschussung/Rückerstattung unter Angabe seiner Kontoverbindung.

Erklärungen zur Vorgehensweise bei privat Versicherten:

Der/Die privat Versicherte sollte im Vorfeld der Beratung unter Vorlage dieser Bescheinigung Kontakt zu seiner/ihrer Krankenversicherung aufnehmen. Eine Bezuschussung ist hier u.a. vom abgeschlossenen Vertrag abhängig.