

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

(Die Zuweisung ist budgetneutral)

Lieber Patient, bitte senden Sie mir eine Kopie dieser Unterlagen zu.

Alexander Klausß

Oecotrophologe (B.Sc.)

Ernährungsberater/DGE

Bahnhofstraße 19

48291 Telgte

TEL 0176/45819951

MAIL info@alexander-klauss.de

WEB www.alexander-klauss.de

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

Kurativ

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

Telefonnummer PatientIn: _____

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

Diagnose/Verdachtsdiagnose (mögliche Indikation siehe unten): _____

Folgende Anlagen liegen bei:

Laborwerte Medizinische Befundberichte Medikationsliste

Abschlussbericht erwünscht?

Ja nein telefonisch schriftlich

Arztstempel / Unterschrift des Arztes

Indikation(en) für die ernährungstherapeutische Beratung:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas BMI > 30 | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht BMI > 25 | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht BMI < 18,5 | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht | <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust, ungewollt | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Fruktosemalabsorption |
| <input type="checkbox"/> Essstörung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz |
| <input type="checkbox"/> Mangel- und Fehlernährung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Zöliakie / Sprue / gluteninduzierte Enteropathie |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ: _____ | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Pankreasinsuffizienz | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Metabolisches Syndrom | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> _____ |

Patienteninformation für gesetzlich Versicherte:

Nehmen Sie vor der Behandlung Kontakt zu Ihrer Krankenkasse auf und informieren Sie sich über die Höhe der Bezuschussung. Alle Unterlagen für Ihre Rückerstattung finden Sie unter Alexander-Klauss.de

Vorgehen:

- Zur Beantragung benötigen Sie folgende Formulare: **Antrag auf Kostenerstattung, Kostenvoranschlag, ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung.**
- Ihr Ernährungsberater benötigt eine Kopie dieser Unterlagen, die Originale senden Sie bitte an Ihre Krankenkasse.
- Um Ihre Rückerstattung zu erhalten, reichen Sie Ihre Rechnung sowie Ihren Zahlungsnachweis bei Ihrer Krankenkasse ein.