

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

(Die Zuweisung ist budgetneutral)



Alexander Klaus
Medizinische Ernährungsberatung

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

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

Alexander Klaus

Oecotrophologe (B.Sc.)
Ernährungsberater/DGE

Königstraße 8c • 48291 Telgte

TEL 0176/45819951
MAIL info@alexander-klauss.de
WEB www.alexander-klauss.de

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"/> Rheumatische Arthritis | <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.