

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung



Alexander Klauß
Medizinische Ernährungsberatung

Alexander Klauß

Oecotrophologe (B.Sc.)
Ernährungsberater/DGE

Königstraße 8c
48291 Telgte

TEL 02504/986 967 1
MAIL info@alexander-klauss.de
WEB alexander-klauss.de

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
--------	----	----------	----	------	-------------------

Diagnose(n) | Verdachtsdiagnose(n)

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.

Auftrag | wichtige Informationen für die Beratung

Laborbefunde Medikamentenplan Befundberichte

Diagnose(n) | Verdachtsdiagnose(n)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht Adipositas | <input type="checkbox"/> Prädiabetes |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Bariatrische Operation |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Zustand nach bariatrischer Operation |
| <input type="checkbox"/> Fettleber | <input type="checkbox"/> Fructoseintoleranz |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie Gicht | <input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose KHK | <input type="checkbox"/> Sorbitintoleranz |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2 (Insulinpflichtig) | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

Stempel Unterschrift von Ärztin | Arzt

ÄRZTIN | ARZT:

- Die Zuweisung zu einer ernährungstherapeutischen Beratung ist extrabudgetär
- Bitte legen Sie eine Kopie der aktuellen Laborparameter sowie Medikationsliste bei (sofern vorhanden)

VERSICHTERTE | VERSICHERTER:

- Eine Terminvereinbarung ist sowohl online als auch telefonisch möglich
- Bitte bringen Sie diese Überweisung mit zu Ihrer Erstberatung