

Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen Beratung

§ 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

(Die Zuweisung ist budgetneutral)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Krankenkasse, Vers.-Nr.: _____

Telefon-Nr./E-Mail: _____

Vom Arzt aufzufüllen:

letzte Laborwerte vom: _____ Bitte in Kopie beifügen

Diagnose(n)/ Befund(e): _____

Therapie/ Medikation: _____

(evtl. Medikamentenplan in Kopie beifügen)

Stempel des Arztes

Unterschrift des Arztes

Datum

Ziele der Ernährungstherapie sind z.B. Einfluss auf die Grunderkrankung zu nehmen, Beschwerden und /oder Komplikationen zu lindern, einer Verschlechterung vorzubeugen, eine Medikamenteneinnahme zu verhindern oder die Dosis zu senken oder die Heilung einer Erkrankung zu unterstützen.

