

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Kurativ

Eine ernährungstherapeutische Intervention nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 o. 2 SGB V durch einen/e Diätassistent/in oder qualifizierte/n Oecotrophologen/ in oder Ernährungswissenschaftler/in ist notwendig.

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	Perzentile:	Blutdruck:	mmHG
--------	----	----------	----	------	-------------------	-------------	------------	------

Diagnose(n) / Verdachtsdiagnose(n)

Auftrag / wichtige Informationen für die Beratung

- Laborbefunde Medikamentenplan Befundberichte

Arztstempel / Unterschrift des Arztes

Diagnose(n) / Verdachtsdiagnose(n)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas / Übergewicht | <input type="checkbox"/> Fettleber / Leberzirrhose / Hepatitis | <input type="checkbox"/> Nephrologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose / KHK | <input type="checkbox"/> Gastritis / Ulkus | <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Cholangitis / Cholelithiasis | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz / KHK | <input type="checkbox"/> Pankreaserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> chronisch entzündliche Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 / 2 | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Essstörung / Fütterstörungen | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie | <input type="checkbox"/> Untergewicht / Mangelernährung |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranz / -unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Zöliakie |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | <input type="checkbox"/> Zustand nach bariatrischer Operation |

Informationen und Vorgehensweise zur Verordnung und Inanspruchnahme einer Ernährungsintervention

ARZT / ÄRZTIN:

- Verordnung ist extrabudgetär
- Übergabe der vollständig ausgefüllten Notwendigkeitsbescheinigung an die Patientin / den Patienten,
- ggf. zusätzlich Kopien aktueller Laborparameter, der Medikation und Befundberichte

VERSICHERTE / VERSICHERTER:

- Kontaktaufnahme mit Krankenversicherung und / oder Diätassistent/in oder qualifizierter/n Oecotrophologe/in oder Ernährungswissenschaftler/in
- Klärung der Finanzierung bzw. Bezuschussung der verordneten Maßnahme (ggf. Kostenvoranschlag von Diätassistent/in, Oecotrophologe/in oder Ernährungswissenschaftler/in vor Inanspruchnahme für Krankenversicherung notwendig)
- Terminvereinbarung zur Durchführung der verordneten Maßnahme

Kostenvoranschlag

zur Ernährungstherapie
gemäß §43 SGB V



widecare GmbH
Breitwiesenstraße 19
70565 Stuttgart
0711 - 25249000
info@widecare.de
www.widecare.de

Krankenkasse	
Name	
Geb.-Datum	
Adresse	
Versicherten- Nr.	

Ernährungstherapie gemäß §43 SGB V laut ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung

Leistungen

Erstberatung:

1x 60 Minuten € 90,00 inkl. MwSt.

Folgeberatung:

4x 45 Minuten € 70,00 inkl. MwSt.

Anamnese

Diagnosen und Labordaten

Zielvereinbarung

Anleitung Ernährungsprotokoll

Analyse Ernährung/Protokoll

Beratung zu:

- Essverhalten
- Lebensmittelauswahl
- Veränderung Lebensstil und Ernährungsgewohnheiten
- Anleitung zur Selbstoptimierung

Gesamt

5 Beratungen € 370,00 inkl. MwSt.

Alle Preise sind inkl. MwSt. und werden
privat in Rechnung gestellt



Stefanie Schwendrau
Ökotrophologin B.Sc. /
Ernährungsberaterin DGE

Stempel, Unterschrift Beraterin