



Ernährungstherapie
Ernährungsberatung
Ernährungsbildung

Frau Laborde, 97247 Untereisenheim
eb@laborde-eisenheim.de
☎ 01573 5660959



Frau Eichhorn, 97209 Veitshöchheim
entdeckegesundes@gmail.com
☎ 0931 4605065



KRANKENKASSE:

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (kurativ)

Hiermit bestätige ich die Notwendigkeit einer
Ernährungstherapie/Diätberatung/Ernährungsberatung
nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 o.2 SGB V durch eine/n Diätassistenten/in

Name: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Diagnose / (Verdachtsdiagnose)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas Übergewicht | <input type="checkbox"/> Fettleber Leberzirrhose Hepatitis | |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose KHK | <input type="checkbox"/> Gastritis Ulkus | <input type="checkbox"/> Nephrologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Cholangitis Cholelithiasis | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz KHK | <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Pankreaserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> COVID-19 | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie Gicht | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 oder 2 | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Essstörung Fütterstörungen | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranz
-unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Untergewicht Mangelernährung |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | | <input type="checkbox"/> Zöliakie |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsproblem | | <input type="checkbox"/> Zustand nach bariatrischer Operation |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Ort, Datum

Hinweis für die Arztpraxis: Diese Zuweisung ist budgetneutral!

Bitte geben Sie Ihren Patienten gegebenenfalls aktuelle Laborwerte, Medikationsplan und Befunde an die Hand, damit eine zielgerechte Ernährungstherapie erfolgen kann. Vielen Dank.

Arztstempel / Unterschrift