

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

Dipl. Oecotrophologe Edgar Schröer  
 Ernährungsberatung – psychologische Beratung  
 im GAP-Zentrum  
 Schwanallee 17  
 35037 Marburg  
 Tel. 06421 – 968 48 80  
 www.gap-ernaehrung.de

**Ärztliche Empfehlung einer individuellen Ernährungsberatung gemäß § 43 SGB V**

(Die Zuweisung ist budgetneutral.)

Bei dem/der oben genannten Patienten/Patientin ist aufgrund der vorliegenden Indikation/en eine Ernährungsberatung erforderlich.

Diagnose / Verdacht: \_\_\_\_\_

Indikationskatalog für eine diätetische Ernährung/Ernährungsumstellung

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung  | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung        | <input type="checkbox"/> Untergewicht                            |
| <input type="checkbox"/> Adipositas / Übergewicht | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung         | <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust, ungewollt              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus I /II  | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung        | <input type="checkbox"/> Essstörung                              |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht      | <input type="checkbox"/> Pankreaserkrankung     | <input type="checkbox"/> Mangel- / Fehlernährung                 |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie               | <input type="checkbox"/> Gallenerkrankung       | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung                  |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung  | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung                         |
| <input type="checkbox"/> Polyarthritits           | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung       | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie/<br>- intoleranz |

Folgende Anlagen liegen bei:

- Laborwerte                     
  Medizinische Befundberichte                     
  Medikationsliste

Ergänzende Hinweise (z. B. Medikation): \_\_\_\_\_

**Ablauf und Kostenerstattung durch die Krankenkassen:**

Von **ärztlicher Seite** wird mit diesem ausgefülltem Vordruck bescheinigt, dass eine ernährungs(therapeutische) Beratung notwendig ist. Beigefügt werden für die Ernährungsberatung, falls vorhanden, Blutwerte und Befundberichte. Schon vor Beginn der Beratung informieren Sie sich als **Patient / Patientin** bei Ihrer Krankenkasse, wie viel der Kosten sie übernimmt. Falls gefordert erhalten Sie dazu von ihrem Ernährungsberater einen Kostenvoranschlag. Jetzt brauchen Sie nur noch einen Termin vereinbaren und die Beratung kann beginnen. Nach Abschluss der Ernährungsberatung erhalten Sie eine Rechnung und einen Antrags-Vordruck zur Kostenerstattung, die Sie dann zusammen mit dieser ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung bei Ihrer Krankenkasse einreichen.

Arztstempel / Unterschrift