

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

## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

(Die Zuweisung ist budgetneutral)

**Kurativ**

Eine ernährungstherapeutische Beratung gemäß § 43 SGB V durch die Praxis für Ernährungstherapie Birgit Schramm, Haubachstraße 74, 22765 Hamburg ist notwendig.

Telefonnummer PatientIn: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_ Perzentile: \_\_\_\_\_ Blutdruck: \_\_\_\_\_

Diagnose (mögliche Indikationen siehe unten): \_\_\_\_\_

Folgende Anlagen liegen bei:

Laborwerte     Medizinische Befundberichte     Medikationsliste

Abschlussbericht erwünscht?

Nein     Ja     telefonisch     schriftlich

Arztstempel/Unterschrift des Arztes

**Bitte senden Sie die Verordnung an: [info@ihre-ernaehrungsberatung-hamburg.de](mailto:info@ihre-ernaehrungsberatung-hamburg.de)  
T. 040-82294483- Fax 040-82294484**

Indikation(en) für die ernährungstherapeutische Beratung:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas BMI > 30        | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung  | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung                              |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht BMI > 25       | <input type="checkbox"/> Hypertonie              | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung                               |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht BMI < 18,5    | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht     | <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz                            |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust, ungewollt | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Fruktosemalabsorption                        |
| <input type="checkbox"/> Essstörung                 | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung         | <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz                           |
| <input type="checkbox"/> Mangel- und Fehlernährung  | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung  | <input type="checkbox"/> Zöliakie/Sprue/gluteninduzierte Enteropathie |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ:     | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung         | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie                       |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung    | <input type="checkbox"/> Pankreasinsuffizienz    | <input type="checkbox"/> _____  |
| <input type="checkbox"/> Metabolisches Syndrom      | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung        | <input type="checkbox"/> _____  |

Ihre Krankenkasse zahlt Ihnen für die Ernährungstherapie einen Kostenzuschuss.

Hierfür benötigen wir die ausgefüllte, ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für den Kostenantrag bei Ihrer Kasse.

Die Verordnung senden Sie uns gerne digital per E-Mail oder Fax.

Den Kostenantrag entsprechend ihrer Diagnose(n) übernehmen wir für Sie kostenfrei und reichen diesen bei ihrer Krankenkasse ein. Über alles weitere Informieren wir Sie per E-Mail oder Post.

Birgit Schramm

Diplom Ökotrophologin, Diplom Darmfachberaterin

Zertifiziert nach VDOE

Zertifikat Kooperationsgemeinschaft gesetzlicher Krankenkassen