

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*)	
Krankenkasse bzw. Kostenträger								
Name, Vorname des Versicherten geb. am								
Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.			Status		
Betriebsstätten-Nr.			Arzt-Nr.			Datum		

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für Ernährungstherapeutische Beratung

(nach § 43 Abs. 2 SGB V)

(Formular zur Vorlage
bei der Krankenkasse zur Kostenerstattung)

Ernährungstherapeutische Beratung für

Name, Vorname:		geb. am	
Straße:			
PLZ, Ort:			
Krankenversicherung:		Versicherungs-Nr.:	
Mit versichert bei Name, Vorname:		geb. am	

Der/Die Patient/in leidet unter:

Aus ärztlicher / therapeutischer Sicht halte ich Ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Behebung des Krankheitsbildes als dringend notwendig.

Adresse/Stempel des zuweisenden Arztes

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*)	
Krankenkasse bzw. Kostenträger								
Name, Vorname des Versicherten geb. am								
Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.			Status		
Betriebsstätten-Nr.			Arzt-Nr.			Datum		

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

für

- Ernährungstherapeutische Beratung**
nach § 43 Abs. 2 SGB V
- Präventive Ernährungsberatung**
nach § 20 Abs. 1 SGB V

Name, Vorname:		geb. am	
Straße:			
PLZ, Ort:			
Krankenversicherung:	Versicherungs-Nr.:		
Mit versichert bei Name, Vorname:		geb. am	
Telefon privat:	Telefon beruflich:	E-Mail:	

Dignose / Befund:		
Therapie / Medikation:		
Aktuelle Laborwerte vom (Bitte Kopie des Labors beilegen!)	Blutdruck systol. mmHG:	Blutdruck diastol. mmHG:
Ernährungstherapeutische Maßnahme:		

Hiermit weise ich Ihnen oben genannte(n) Patient(in) zu, mit der Bitte um Zusendung des Beratungsberichtes.

Adresse/Stempel des zuweisenden Arztes

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes