



## Zur Weitergabe an Ihre Ärztin / an Ihren Arzt

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihr:e Patient:in möchte eine Ernährungsberatung bei uns in Anspruch nehmen und wendet sich daher heute mit der Bitte um eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung an Sie.

Wir sind ein deutschlandweiter Leistungserbringer für **qualifizierte, personalisierte Online-Ernährungsberatung und Ernährungstherapie**. Unser Fokus liegt auf ernährungstherapeutischen Leistungen nach §43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

Ernährungs-Therapie.net arbeitet bundesweit mit selbstständigen, zertifizierten **Diplom-Oecotrophologen, Diätassistenten und Ernährungsmedizinern** zusammen.

Ihr:e Patient:in erhält von uns eine qualifizierte Beratung, auf dem aktuellsten Stand der Wissenschaft. Wir wählen diejenige Fachkraft für die Beratung aus, die mit Ihrer Spezialisierung und Erfahrung optimal auf die jeweilige Beschwerdesituation passt.

Ihr:e Patient:in erhält neben ausführlichen Informationen zu den aktuellen Ernährungsempfehlungen, vor allem alltagstaugliche Hilfestellungen zur Umsetzung in seiner/ihrer persönlichen Lebenssituation. Die Beratung wird dabei bequem von zuhause aus wahrgenommen.

Wir sind zertifiziert, kümmern uns für unsere Patienten um die Abwicklung mit den Krankenkassen und rechnen auch direkt mit diesen ab.

Die Grundlage für eine indikationsspezifische Beratung ist eine **Notwendigkeitsbescheinigung des behandelnden Arztes**. Diese kann direkt bei uns eingereicht werden.

### Notwendigkeitsbescheinigungen sicher einreichen:

- per Fax: 030 221 876 90
- online: <https://www.ernaehrungs-therapie.net/infos/formulare-einreichen/>
- QR-Code QR-Code auf der Bescheinigung mit dem Smartphone scannen

Haben Sie Fragen zur Ernährungsberatung? Gibt es noch weitere Patient:innen denen Sie eine Ernährungsberatung unterstützend anbieten möchten oder die durch eine Ernährungstherapie ihre gesundheitliche Situation verbessern können?

Gerne stehe ich Ihnen für Fragen zur Verfügung und stelle Ihnen unser Konzept im Detail vor.

Viele Grüße,  
Alexander Kiefer  
Geschäftsführer

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung  
zur ernährungstherapeutischen Beratung  
nach § 43 SGB V**

(budgetneutrale Zuweisung)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname, Anschrift		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Telefon PatientIn: \_\_\_\_\_

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

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Blutdruck: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

Perzentile: \_\_\_\_\_

(Indikationen siehe unten)

- Es liegen bei:**  Laborwerte  
 Medizinischer Befundbericht  
 Liste der Medikation

Unterschrift Arzt / Stempel

Indikationen für die Ernährungstherapie

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas BMI > 30         | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Typ __  | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung      |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht BMI > 25        | <input type="checkbox"/> Metabolisches Syndrom     | <input type="checkbox"/> Pankreasinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht BMI < 18,5     | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck/Hypertonie  | <input type="checkbox"/> Essstörung           |
| <input type="checkbox"/> Ungewollter Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht       | <input type="checkbox"/> _____                |
| <input type="checkbox"/> Mangel- & Fehlernährung     | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung   | <input type="checkbox"/> _____                |
| <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz          | <input type="checkbox"/> Herz- Kreislauferkrankung |   |
| <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz           | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung    |   |
| <input type="checkbox"/> Fruktoseintoleranz          | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung           |   |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallerg        | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung          |   |
| <input type="checkbox"/> Zöliakie/Sprue              | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung           |   |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung     | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung            |   |

