

# Vom behandelnden Arzt auszufüllen

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

**Ernährungsberatung im Schlosscarree**

Stephanie Mißler  
M.Sc. Ökotrophologie  
Ritterbrunnen 7  
38100 Braunschweig

Telefon: 0531-38 92 76 1  
Telefax: 03212-133 23 69  
E-Mail: info@eb-schlosscarree.de

## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für die Ernährungstherapie als begleitende rehabilitative Maßnahme nach § 43 SGB V

\* Pflichtfelder

**\*Diagnose /Befund:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose                       | <input type="checkbox"/> Osteoporose              |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung               | <input type="checkbox"/> Neurodermitis/ Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ___              | <input type="checkbox"/> Übergewicht/Adipositas   |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                         | <input type="checkbox"/> Untergewicht             |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie                         | <input type="checkbox"/> Mangelernährung          |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung                       | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie   |
| <input type="checkbox"/> Arthritis/Arthrose                    | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranz |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung der Verdauungsorgane _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung _____                |   |
| <input type="checkbox"/> _____                                 |   |

*Körpergröße:
*Gewicht:
<b>BMI:</b> _____
<input type="checkbox"/> Hausbesuch

**\*Ziel/e der ernährungstherapeutischen Maßnahme:**

- Bitte um vorherige Rücksprache
- Wiedervorstellung in meiner Praxis am/in \_\_\_\_\_
- zu berücksichtigende Lebensumstände/ Bemerkungen:

**aktuelle (relevante) Laborwerte:**  
*nicht älter als 3 Monate*

Adresse / Stempel des Arztes

Datum / Unterschrift des Arztes

**Bitte vereinbaren Sie einen Termin zum kostenlosen  
Vorgespräch:**



**(0531) 389 27 61**



**online [www.eb-schlosscarree.de](http://www.eb-schlosscarree.de)**

Bitte bringen Sie die Verordnung zum Vorgespräch mit. Nur so können wir Ziel und Umfang Ihrer Beratung klären und den Antrag auf Kostenzuschuss bei Ihrer Krankenkasse stellen.