

PRAXIS FÜR
Ernährungstherapie

K A S S E N Z E R T I F I Z I E R T



U N T E R L A G E N
Zur Anmeldung in unserer Praxis
Wir freuen uns auf Sie!



ANMELDUNG

für eine Ernährungstherapie nach § 43 SGB V

PERSÖNLICHE DATEN

Nachname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Größe (m)	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	Gewicht (kg)	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Überweiser/in	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	bei privaten Krankenversicherungen bitte	
Krankenversicherung	<input type="text"/>	Adresse angeben: <input type="text"/>	
Versichertennummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

BEIGELEGT E UNTERLAGEN

Ärztliche Bescheinigung wird übermittelt durch behandelnde/n Arzt/Ärztin

Antrag auf Kostenerstattung Medikamentenplan

PATIENTENERKLÄRUNG

Die Gebühren für die ernährungstherapeutischen Beratungsleistungen werden wie folgt vereinbart: Erstberatung (15 min Vor- / Nachbereitungszeit / ärztliche Übergabe / 45min Gesprächszeit): 100,00€*. Folgeberatungen (20 min Gesprächszeit / 10 min. Vor - und Nachbereitungszeit): 50,00€*. Eine evtl. notwendige Terminänderung ist spätestens 2 Werktage (48h) vor dem vereinbarten Termin telefonisch / per Mail vorzunehmen. Ich bin darüber informiert, dass nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden**.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort / Datum	Unterschrift Patient/in

DATENSCHUTZ & SCHWEIGEPFLICHT

Mit meiner Unterschrift bestätige ich außerdem, dass ich die/den Überweiser/in von der ärztlichen Schweigepflicht entbinde, so dass die Praxis für Ernährungstherapie bei Bedarf Einsicht in meine ärztlichen Unterlagen erhalten kann und Rücksprache halten darf, um alle Informationen für die therapeutischen Beratungen zu erhalten.

Ich bin darüber informiert, dass meine personenbezogenen Daten in der Praxis gespeichert und zur Antragstellung bzw. Leistungsabrechnung an meine Krankenversicherung weitergeleitet, sowie ggf. zur therapeutischen Berichterstattung an den überweisenden Arzt/ die überweisende Ärztin übermittelt werden. Diese Erklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort / Datum	Unterschrift Patient/in

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Über die medizinische Notwendigkeit
einer Ernährungstherapie nach §43 SGB V



VERSICHERTE / R

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Telefon/ Mail:

Krankenversicherung

Versichertennummer

DIAGNOSE / N

MEDIZINISCHER BERICHT LIEGT BEI

LABORERGBNISSE LIEGEN BEI

BEHANDLUNGSBERICHT ERWÜNSCHT

Mögliche Indikationen:	Fehlernährung	Metabolisches Syndrom
Adipositas Übergewicht	Fettstoffwechselstörung	Nahrungsmittelallergie Unverträglichkeit
Adipositaschirurgie	Fettleber Leberzirrhose Hepatitis	Nephrologische Erkrankung
Arteriosklerose KHK	Gallenerkrankung	Neurologische Erkrankung
Cholangitis Cholelithiasis	Herzinsuffizienz Hypertonie	Onkologische Erkrankung
COVID-19 Long COVID	Hyperurikämie Gicht	Osteoporose
Darmerkrankung	Hypothyreose Hyperthyreose	Pankreaserkrankung
Demenz	(Schilddrüsenerkrankung)	Rheuma
Diabetes mellitus	Lipödem Lymphödem	Speiseröhrenerkrankung
Dysphagie	Magenerkrankung	Untergewicht
Essstörung Fütterstörung	Mangelernährung	Zöliakie

Die ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V ist aufgrund o.g. Diagnose(n) aus medizinischer Sicht notwendig und erfolgt in Zusammenarbeit mit der Praxis für Ernährungstherapie Lübeck.

Das Ausstellen der Bescheinigung erfolgt budgetunabhängig.

Praxis-/Klinikstempel

Unterschrift Ärztin/Arzt



Praxis für Ernährungstherapie
Dr. Alina Kistenmacher
& Therapeutinnen-Team
Fegefeuer 19a 23552 Lübeck

Tel: 0451-1212548
Fax: 0451-59984862
info@ernaehrung-luebeck.de
www.ernaehrung-luebeck.de