

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

Stephanie Mißler

Ritterbrunnen 7

38100 Braunschweig

Telefon: 0531-389 27 61

Telefax: 03212-133 23 69

E-Mail: ebmissler@gmail.com

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:

BMI: _____

Hausbesuch erwünscht

*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

Vereinbaren Sie einen Termin zum kostenlosen Vorgespräch!



(0531) 389 27 61



online www.eb-missler.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.

Leistungsantrag und Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich beantrage einen Zuschuss zu den Kosten einer Ernährungstherapie durch die *Ernährungsberatung Stephanie Mißler*.

Zusätzlich erkläre ich mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten erhoben und ausschließlich im Rahmen dieses Leistungsantrages verwendet werden. Meine Daten sind alle geschützt und unterliegen den Bestimmungen der DSGVO. Eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte wird von mir nicht genehmigt. Ich kann meine Einwilligung jederzeit und unbegründet widerrufen. Die ausführlichen Datenschutzbestimmungen der *Ernährungsberatung Stephanie Mißler* kann ich jederzeit auf der Webseite www.eb-missler.de einsehen.

Meine Telefonnummer: _____ **ggf. mobil:** _____

Datum

Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)