



Kasse/Vers.Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_

## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (Die Zuweisung ist budgetneutral)

**Kurativ**

Eine ernährungstherapeutische Beratung gemäß §43 SGB V durch einen qualifizierten Ernährungsberater ist notwendig

**Kostenvoranschlag** siehe unten

Diagnose/Verdachtsdiagnose (Indikationen s.u.):

Ich empfehle mindestens ..... Ernährungsberatungen.

Folgende Anlagen liegen bei/hat der Patient:

- Laborwerte    Medizinische Befundberichte    Medikamentenliste

.....  
Praxisstempel/ Unterschrift des Arztes/Datum

### INDIKATION/EN – bitte ankreuzen

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas mit BMI von .....    | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung     | <input type="checkbox"/> Speiseröhrenerkrankung                 |
| <input type="checkbox"/> Adipositchirurgie               | <input type="checkbox"/> Hypertonie                    | <input type="checkbox"/> Magen-Darmerkrankung                   |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht, BMI zwischen 25-30 | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht           | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel-Intoleranz              |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht, BMI unter 18      | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen     | <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz                      |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust, ungewollt      | <input type="checkbox"/> Demenz                        | <input type="checkbox"/> Fruktoseintoleranz                     |
| <input type="checkbox"/> Essstörung                      | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung               | <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz                     |
| <input type="checkbox"/> Mangel- u Fehlernährung         | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung        | <input type="checkbox"/> Zöliakie/gluteninduzierte Enteropathie |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ: ____     | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung               | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie                 |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung         | <input type="checkbox"/> Pankreasinsuffizienz          | <input type="checkbox"/> Erkrankung in der Schwangerschaft      |
| <input type="checkbox"/> erhöhter Cholesterinspiegel     | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung              | <input type="checkbox"/> Osteoporose/klimakterisches Syndrom    |
| <input type="checkbox"/> Metabolisches Syndrom           | <input type="checkbox"/> Zustand nach Cholezystektomie | <input type="checkbox"/> Lipödem/Lymphödem                      |
| <input type="checkbox"/> _____                           | <input type="checkbox"/> Gallenerkrankung/Cholezystis  |   |

### Kostenvoranschlag für die Krankenkassen (2026)

Für meine Ernährungsberatung in Form einer Einzelberatung nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) werden folgende Kosten entstehen:

- Für die Erstberatung bei einer Dauer von 60 Minuten: 125,00€  
Für jede Folgeberatung bei einer Dauer von mind. 60 Minuten: 120,00€  
Für jede Folgeberatung bei einer Dauer von mind. 45 Minuten: 90,00€  
Für jede Folgeberatung bei einer Dauer von mind. 30 Minuten: 60,00€  
Für eine einmalige Beratung bei einer Dauer von 60 Minuten: 130,00€

**Dr. troph. Uta Peiler**  
Wittestraße 54  
53225 Bonn

Oberstr. 10  
53859 Ndk.-Rheidt

0160-7201262  
0228-478165  
[www.eb-peiler.de](http://www.eb-peiler.de)  
[info@eb-peiler.de](mailto:info@eb-peiler.de)