



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

Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____ Perzentile _____ Blutdruck: _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose (Indikationen s.u.):

Folgende Anlagen liegen bei/hat der Patient:

Laborwerte Medizinische Befundberichte Medikamentenliste

Abschlussbericht erwünscht?

Nein Ja FAX Email telefonisch

INDIKATION/EN – bitte ankreuzen

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas mit BMI von | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel-Intoleranz |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht, BMI zwischen 25-30 | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Magen-Darmerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht, BMI unter 18 | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht | <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust, ungewollt | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen | <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"/> Metabolisches Syndrom | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Osteoporose/klimakterisches Syndrom |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Zustand nach Cholezystektomie | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Cholezystis | <input type="checkbox"/> _____ |

Ich empfehle mindestens Ernährungsberatungen.

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

Kostenvoranschlag für die Krankenkassen (ab 01.01.2021)

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: 105,00€
Für jede Folgeberatung bei einer Dauer von mind. 60 Minuten: 95,00€
Für jede Folgeberatung bei einer Dauer von mind. 45 Minuten: 72,50€
Für jede Folgeberatung bei einer Dauer von mind. 30 Minuten: 47,50€
Für eine einmalige Beratung bei einer Dauer von 60 Minuten: 115,00€

Dr. troph. Uta Peiler
Wittestraße 54
53225 Bonn

Oberstr. 10
53859 Ndk.-Rheidt

0160-7201262
0228-478165
www.eb-peiler.de
info@eb-peiler.de