

**Ernährungsberatung und –therapie  
im St. Elisabethen-Krankenhaus  
Feldbergstraße 15  
79539 Lörrach**



Zur Weitergabe an Ihren Arzt/Ärztin

Sehr geehrte Doktores,

Ihr/e Patient/in möchte für sich bzw. für eine von ihm/ihr betreute Person eine Ernährungsberatung in Anspruch nehmen und wendet sich mit der Bitte um eine Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung an Sie.

In unserer Ambulanz für Ernährungsberatung wird eine qualifizierte, individuelle Beratung nach den Beratungsstandarts der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), bzw. den Leitlinien der verschiedenen Fachgesellschaften angeboten.

Ihre Patienten erhalten sowohl ausführliche Informationen zu den jeweiligen aktuellen Ernährungsempfehlungen wie auch alltagstaugliche Hilfestellungen zur Umsetzung der Empfehlungen in die persönliche Lebenssituation. Die individuellen Fragen der Patienten stehen hierbei im Fokus der Beratung.

Als Anlage erhalten Sie das vorbereitete Attest. Kreuzen Sie bitte mindestens eine Indikation an und füllen es (selbstverständlich auch gerne handschriftlich) aus. Die weiteren Schritte werden von uns veranlasst.

Vielleicht gibt es in Ihrer Praxis weitere Patienten/innen, denen Sie eine qualifizierte Ernährungsberatung anbieten möchten. Sie können gerne Flyer oder Visitenkarten telefonisch oder per Mail zur Weitergabe anfordern.

Sollten Sie Fragen zur Ernährungsberatung haben oder weiterführende Informationen benötigen, stehen wir Ihnen gerne telefonisch zur Verfügung. Auf Wunsch werden wir Sie nach Abschluss der Ernährungstherapie informieren.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der Ernährungsambulanz im St. Elisabethen-Krankenhaus

Katharina Dreger  
Diätassistentin, zertifiziert nach VDD  
Ernährungsberaterin /DGE  
Zusatzqualifikation: enterale, pädiatrische und gastroenterologisch Ernährung

Übrigens, wussten Sie schon daß eine Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung zur Ernährungsberatung ihr Budget nicht belastet?

Es bietet Ihnen und Ihren Patienten die Möglichkeit, weitergehende qualifizierte Beratung unkompliziert zu vermitteln bzw. in Anspruch zu nehmen. Die Ernährungsberatung wird Ihre Behandlung unterstützen und ergänzen.

Name:  
Vorname:  
Geburtsdatum:

## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Für eine Ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V

Diagnose (bitte auch wichtige Befunde/Medikation angeben)

---

---

Die ernährungstherapeutische Beratung ist aus folgenden Gründen indiziert:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI:     kg/m <sup>2</sup> ) | <input type="checkbox"/> enterale Ernährung   |
| <input type="checkbox"/> chronische Obstipation                   | <input type="checkbox"/> chronische entzündliche<br>Darmerkrankung  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Typ 1                  | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Typ 2  |
| <input type="checkbox"/> Divertikulose                            | <input type="checkbox"/> Hypertonie   |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung                  | <input type="checkbox"/> Diarrhoe   |
| <input type="checkbox"/> Lebensmittelallergie                     | <input type="checkbox"/> Irritables Colon   |
| <input type="checkbox"/> Lactosemalabsorption                     | <input type="checkbox"/> Histaminunverträglichkeit  |
| <input type="checkbox"/> Malnutrition, Untergewicht               | <input type="checkbox"/> Ernährungsabhängige<br>Stoffwechselerkrankungen im<br>Kindesalter<br>(PKU, MSUD, usw.) |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen                        | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie  |
| <input type="checkbox"/> Pankreatitis                             | <input type="checkbox"/> Fructosemalabsorption  |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis                            | <input type="checkbox"/> Essstörungen   |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose                              | <input type="checkbox"/> Gastritis, Refluxösophagitis   |
| <input type="checkbox"/> Nierensteine                             | <input type="checkbox"/> Gallensteine   |
| <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis                    | <input type="checkbox"/> Zöliakie, Sprue,<br>glutenindizierte Enteropathie                                      |
| <input type="checkbox"/> Magen-/Darm-OP                           | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____   |
| <input type="checkbox"/> Abschlussbericht erwünscht               |   |

Aktuelle Laborwerte bitte in Kopie beilegen.

Datum:

Stempel/ Unterschrift (Arzt/Ärztin)

---