

Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung oder -therapie

Ergänzende Leistungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

Krankenkasse/Kostenträger _____
Name, Vorname Versicherte/r _____
geboren am _____
Kostenträgerkennung _____
Versicherten-Nr. _____
Status _____
Betriebsstätten-Nr. _____
Arzt-Nr. _____
Datum _____

Für oben genannte(n) Patienten(in) wird eine Ernährungsberatung/-therapie auf Grund folgender Indikation erbeten:

- Diabetes mellitus
 - Typ 1
 - Typ 2
- Gestationsdiabetes
- Sonstige Diabetesform: _____
- Prädiabetes
- Adipositas (BMI: _____)
- Sonstiges: _____

Datum

Unterschrift und Stempel der/des Ärztin/Arztes

Hinweise:

Die Ernährungsberatung/-therapie belastet nicht das ärztliche Heilmittelbudget.
Die Ernährungsberatung/-therapie ist i.d.R. keine zuzahlungsbefreite Leistung.

So erreichen Sie uns:

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe • Albrechtstr. 9 • 10117 Berlin

Tel.: 030 201 677-0 • info@diabetesde.org • www.diabetesde.org • www.deutsche-diabetes-hilfe.de