

Information für Neukunden

Sehr geehrter Neukunde!

Vielen Dank für Ihr Interesse an einer präventiven oder ernährungstherapeutischen Einzelberatung!

Wie bekomme ich einen Zuschuss von meiner Krankenkasse?

Aufgrund meiner Qualifikation (Diplom-Ökotrophologin, Ernährungsberaterin/DGE) kannst Du von Deiner Krankenkasse einen Zuschuss von bis zu 100% zu den Beratungskosten erhalten. Bei präventiven Beratungen nach §20 SGB V werden meist bis zu 3 Sitzungen übernommen, bei ernährungstherapeutischen Beratungen nach §43 SGB V bis zu 5, manchmal 6 Sitzungen jährlich.

Vorgehen:

1. Drucke Dir die „ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung aus.
2. Lasse diese von Deinem Arzt ausfüllen und unterschreiben.
3. Sende mir die ärztliche Verordnung als PDF zu oder werfe eine Kopie unter Angabe Deiner Mailadresse in meinen Briefkasten.
4. Du bekommst zeitnah einen Kostenvoranschlag von mir.
5. Dann reichst Du die Notwendigkeitsbescheinigung zusammen mit dem Kostenvoranschlag bei Deiner Krankenkasse ein.
6. Meist erhältst Du schon innerhalb kurzer Zeit eine schriftliche Auskunft Deiner Kasse, in welcher Höhe der Zuschuss erfolgt.
7. Nach Erhalt kannst Du mich anrufen (0176 38662731) und Deinen ersten Termin vereinbaren!



8. Halte zum ersten Termin bitte die Bestätigung Deiner Krankenkasse sowie etwaige Laborergebnisse oder Medikamentenpläne bereit. Falls der Termin online stattfindet, sende mir diese bitte als PDF.
9. Deine Rechnung kannst Du entweder bar oder per Rechnung bezahlen.

WICHTIG!

Falls Du einen Termin einmal nicht wahrnehmen kannst, sage diesen bitte spätestens 24 h vorher telefonisch oder schriftlich ab, ansonsten fallen 75 % der Beratungskosten an.

ÄRZTLICHE NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG NACH §43 SATZ 1 NR. 2 SGB V

Arzt-Adresse, Stempel und Unterschrift	Simone Pfrommer, Dipl. Ökotrophologin Ernährungsberaterin/DGE, Untere Böhmerstraße 11 82110 Garmisch-Partenkirchen mail: s.pfrommer@simonep.de Therapeuten-Adresse / Stempel und Unterschrift
--	--

Patientendaten

Name: _____	Delux: _____
Strasse, Hausnr.: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	PLZ, Ort: _____
Körpergröße (in m): _____	Krankenkasse: _____
Letzte Laborwerte vom: _____	Körpergewicht (in kg): _____
	Laborwerte liegen vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Angaben zur Indikation (Zusätzliches bitte adressieren)

<input type="checkbox"/> Übergewicht/Adipositas	BMI: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2	<input type="checkbox"/> Glukosewert <input type="checkbox"/> Toleranztest (in mmol/l)
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	Nüchternblutzucker (in mg/dl) <input type="checkbox"/> mmol/l: _____
	HbA1c-Wert (in %): _____
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	Gesamt-Cholesterin (in mg/dl): _____
<input type="checkbox"/> Hypertonikämie	Triglyceride (in mg/dl): _____
<input type="checkbox"/> Osteoporose	LDL (in mg/dl): _____ HDL (in mg/dl): _____
<input type="checkbox"/> Knochenerkrankung	PTH (in mIU/l): _____
<input type="checkbox"/> Allergie	Hämokrit (in mg/dl): _____
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeit/-intoleranz	Knochenleichte (T-Wert): _____
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> mit Gewichtsabnahme um _____ kg in Wochen: _____
	ppppp: _____
<input type="checkbox"/> Chronisch entzündliche Darmerkrankung <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa <input type="checkbox"/> Morbus Crohn	ppppp: _____
<input type="checkbox"/> (Bismarck) Reizdarmsyndrom	Serum-Kreatinin (in mg/dl): _____
<input type="checkbox"/> Mangelernährung	Harnstoff (in mg/dl): _____
	Kalium (in mmol/l): _____
<input type="checkbox"/> Diät	Kalzium (in mmol/l): _____
<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Mutter Stillt <input type="checkbox"/> Stillstoppphase
	CRP (in mg/dl): _____
	CRP (in mg/dl): _____
	Albumin (in g/dl): _____
	Eisen (in µg/dl): _____
	weitere: _____

© 2016 FET & V. | www.fet.eu

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

