

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung zur Ernährungsberatung

| | |
|--|--|
| Patient/Versicherter: Name: Vorname: Strasse: Plz Ort: Telefon: KV-Nummer: Geb.Datum: | Stempel Behandelnder/überweisender Arzt |
|--|--|

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für ärztlich überwachte/verordnete Ernährungsberatung als begleitend Maßnahme
 Hiermit bescheinige ich o. g. Patientin/Patienten, dass die Notwendigkeit einer Ernährungsberatung besteht wegen:

| | | | | | | |
|---|---------|--------|---------------|--------------------|------|--------|
| Diagnosen: | | | | | | |
| Laborwerte: | Chol.: | HDL: | LDL: | Tri: | Glu: | HbA1c: |
| | Harnsr: | yGT: | weitere Werte | : | : | : |
| IGE gesicherte Allergien: | | | | | | |
| Sonstiges und / oder Gründe für eine Beratung im Rahmen der Mediline: | | | | | | |
| Besteht eine Schwangerschaft: | | Datum: | | Unterschrift Arzt: | | |
| ja <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| nein <input type="checkbox"/> | | | | | | |

Leistungsantrag/Beratungsauftrag:

Ich beantrage aufgrund o.a. ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung und gemäß Rahmenvereinbarung der BKK Deutsche Bank mit dem Dr. AMBROSIUS[®] Studio für Ernährungsberatung die Kostenübernahme für eine persönliche Ernährungsberatung nach Methode Dr. AMBROSIUS[®] des u.a. Beratungsangebotes.

Schweigepflichtentbindung und Zustimmung zur Datenübermittlung:

Hiermit entbinde ich das Studio für Ernährungsberatung Dr. Ambrosius von der Schweigepflicht:

1. Bezüglich der Lagerung meiner Daten in der Kundenakte des Studios für Ernährungsberatung Dr. Ambrosius bzw. zur anonymisierten Evaluation bei meiner Krankenkasse über das Ende der Behandlung hinaus im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist.
2. Bezüglich der Übermittlung von notwendigen Abrechnungsdaten an meine Krankenkasse sowie der notwendigen Berichterstattung an meine Krankenkasse (ICD-Diagnose, Zieldefinition, Dauer der Behandlung, Zielerreichung).

Sowohl Ihr zuständiger Berater als auch ihr gesetzlicher Krankenversicherungsträger informieren Sie an dieser Stelle über Ihre Datenschutzrechte:

Sie haben das jederzeitige Recht,

- Einblick in ihre Kundenakte zu nehmen,
- Ihre Einwilligung zur Datenverwendung und Datenübermittlung teilweise oder vollständig zu widerrufen.
- Ihre Daten berichtigen, sperren oder löschen zu lassen, sofern gesetzliche Dokumentationspflichten dem nicht entgegenstehen.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse oder das Studio für Ernährungsberatung Dr. Ambrosius.

Ort, Datum

Name / Vorname des/r Versicherten (Druckbuchstaben)

Unterschrift des/r Versicherten

In der Anamnese mit dem Versicherten besprochener Leistungsumfang:

Generisch:

| Intensitätsstufe 1 | Intensitätsstufe 2 | Intensitätsstufe 3 | Intensitätsstufe 4 | Intensitätsstufe 5 |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| 3 Beratungseinheiten | 5 Beratungseinheiten | 7 Beratungseinheiten | 9 Beratungseinheiten | 11 Beratungseinheiten |

diagnosespezifisch

| Intensitätsstufe 1 | Intensitätsstufe 2 | Intensitätsstufe 3 | Intensitätsstufe 4 | Intensitätsstufe 5 |
|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 6 Beratungseinheiten | 7 Beratungseinheiten | 9 Beratungseinheiten | 10 Beratungseinheiten | 12 Beratungseinheiten |

Coachingkarten

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| | | |

Bitte ankreuzen

- Prävention - § 20 SGB V
- Rehabilitation - § 43 SGB V
- Check-Up40+ / mediline
- Betriebsarzt / mediline
- mediline-Arzt
- Maßnahme wird nicht bewilligt. Begründung:

Name, Faxnummer Dr. Ambrosius—Beraterin:

Bewilligungsvermerk der Krankenkasse:

- Prävention - §20 SGB V
- Rehabilitation - § 43 SGB V
- Check-Up40+ / mediline
- Betriebsarzt / mediline
- mediline-Arzt
- Maßnahme wird nicht bewilligt. Begründung:

Erledigungsvermerk:

Schreiben an Versicherten veranlasst/versandt am:

Email/Fax an DR. AMBROSIUS-Beraterin veranlasst/versandt am:

Datum Unterschrift

Kundenbetreuer