

Antrag auf Kostenerstattung

- Ernährungstherapeutische Beratung
nach § 43 Abs. 2 SGB V
- Präventive Ernährungsberatung
nach § 20 Abs. 1 SGB V

Die Kostenübernahme wird erklärt für:

Name: _____

Vorname: _____

Geb.Datum: _____

Starße: _____

Wohnort: _____

Vers. Nr. _____

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung befindet sich auf der Rückseite.

Stempel des Kostenträgers

Unterschrift

Verantwortlich

Christian-Dominik Möller
Chefarzt der Klinik für Diabetologie und Ernährungsmedizin

Bürgerhospital Frankfurt
Nibelungenallee 37-41 · 60318 Frankfurt am Main
Telefon: (0 69) 15 00-275 · Telefax: (0 69) 15 00-276
diaet@buergerhospital-ffm.de · www.buergerhospital-ffm.de

Anmeldung zur Ernährungsberatung
unter Telefon (0 69) 15 00-1538

Ihr persönlicher Termin bei uns:

Datum: _____ Zeit: _____

Raum: _____

Ansprechpartner: _____

So finden Sie uns:

Mit dem PKW über den Alleenring

Von Westen:

Miquelallee, Adickesallee, Nibelungenallee.

Von Osten:

Habsburgerallee, Höhenstraße, Rothschildallee, Nibelungenallee.

Zur Orientierung:

Das Bürgerhospital liegt in der unmittelbaren Nähe der Deutschen Nationalbibliothek und des Hauptfriedhofs.

Mit öffentlichen Verkehrsmitteln

U-Bahn Linie U 5, Bus Linie 32

Haltestelle: Deutsche Nationalbibliothek.

Klinik für Diabetologie und Ernährungsmedizin
Ernährungs- und Diätberatung

am Bürgerhospital Frankfurt



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Patientinnen und Patienten,

wenn man gesund ist, bedeutet Essen Spaß, Genuss und Lebensqualität. Im Krankheitsfall stellt sie darüber hinaus einen wesentlichen Bestandteil der nichtmedikamentösen Therapie dar. Sie, als Betroffener, können mit der Art und Form Ihrer Ernährung entscheidend dazu beitragen, den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen.

Unser Team von Ernährungsspezialisten besteht aus Ernährungsmedizinern, einer Ernährungsmedizinischen Beraterin, zwei Ernährungswissenschaftlerinnen, einer Psychologin, einem Sport- und Trainingstherapeuten sowie mehreren Diabetesberaterinnen und Diätassistentinnen. Wir unterstützen Sie gerne auf dem Weg hin zu einer gesunden, Ihrem momentanen Bedarf gerechten Ernährung.

Wir bieten kompetente Beratung und Schulungen an, um mit Ihnen gemeinsam einen Weg zu finden, gesunde Ernährung praktisch in Ihren Alltag zu integrieren.

Wenn Sie Patient im Bürgerhospital waren, steht Ihnen unser Ernährungsteam auch nach der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt bei Fragen zur Verfügung.

Kontaktieren Sie uns!

Ihr Ernährungsteam
der Klinik für Diabetologie und Ernährungsmedizin



Wichtige Information!

Da die ambulante Ernährungsberatung nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten ist, sind die Kosten von Ihnen selbst zu tragen. Eine Kostenbeteiligung durch Ihre Krankenkasse ist aber nach Vorlage einer Ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung (siehe rechts) möglich.

Fragen Sie bei Ihrer Versicherung nach!

Die vom Verband der Krankenkassen vorgeschriebenen Anforderungen zur Qualifikation der Leistungserbringer werden von unserem Ernährungsteam erfüllt.

Honorarsätze für die ambulante Ernährungs- und Diätberatung:

Erstberatung mit Ernährungsanamnese
(60 Min.) 60,00 Euro

Folgeberatung
(45 Min.) 45,00 Euro

Rufen Sie uns an und machen einen Termin mit uns aus:

Telefon: (0 69) 15 00-1538

Heike Nentwig-Guba

Ernährungsmedizinische Beraterin DGE

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

- vom behandelnden Arzt auszufüllen-

Hiermit bescheinige ich die **medizinische Notwendigkeit einer Diätberatung** (individuelle Gesundheitsberatung außerhalb des Regelbetrages)

Angaben zum Patienten

Name: _____

Vorname: _____

Geb.Datum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Krankenkasse: _____

Indikation

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adipositas | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ ____ | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Magen Darm |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

Anamnestische Angaben

BMI	_____	RR	_____		
Hba1c	_____	BZ	_____	Trig	_____
Chol	_____	HDL	_____	LDL	_____

Stempel/Datum/Unterschrift des/der Arztes/Ärztin