

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Eine ernährungstherapeutische
Intervention nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 o. 2
SGB V durch eine(n) qualifizierte(n)
Ernährungswissenschaftler(in) ist
notwendig.

Bitte eintragen:

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

BMI: _____ kg/m²

Stempel & Unterschrift von Ärztin | Arzt

Diagnose(n) | Verdachtsdiagnose(n)

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Adipositas Übergewicht | ☐ Fettleber Leberzirrhose Hepatitis | ☐ Nephrologische Erkrankungen |
| ☐ Arteriosklerose KHK | ☐ Gastritis Ulkus | ☐ Onkologische Erkrankungen |
| ☐ Cholangitis Cholelithiasis | ☐ Herzinsuffizienz KHK | ☐ Pankreaserkrankungen |
| ☐ Darmerkrankungen | ☐ Hypertonie | ☐ Rheuma |
| ☐ COVID-19 | ☐ Hyperurikämie Gicht | ☐ Schilddrüsenerkrankung |
| ☐ Diabetes Typ 1 oder 2 | ☐ Nahrungsmittelallergie | ☐ Untergewicht Mangelernährung |
| ☐ Essstörung Fütterstörungen | ☐ Nahrungsmittelintoleranz
-unverträglichkeit | ☐ Zöliakie |
| ☐ Fettstoffwechselstörung | | ☐ Zustand nach bariatrischer Operation |
| ☐ Sonstiges _____ | | |

ÄRZTIN*ARZT:

- Verordnung ist extrabudgetär
- Übergabe der vollständig ausgefüllten
Notwendigkeitsbescheinigung an Patient*in
- ggf. zusätzlich Kopien aktueller Laborpara-
meter, der Medikation und Befundberichte

Für Ihre Krankenversicherung

Kostenvoranschlag nach GOÄ für gesetzlich Versicherte

Ernährungsmedizinische Erstberatung , 30 Min., bei Dr. S. Funk zur individuellen Behandlung unter Einbeziehung der Vorbefunde, der Begleiterkrankungen und Planung der Behandlungsschritte, ggfs. mit Vorbereitung einer operativen Therapie Ziffer 34 (Faktor 3,5 aufgrund des erhöhten Zeitaufwandes + interner fachspezifischer Austausch)	61,22 €
Für jedes weitere Gespräch Ziffer 3 (Faktor 3,5 aufgrund des erhöhten Zeitaufwandes Aufwand + interner fachspezifischer Austausch)	30,59 €
Ernährungsanalyse/-Erstberatung , Diätplan, 60 min. bei Pia Reichwein Ziffer analog 33 (Faktor 3.5 aufgrund des erhöhten Zeitaufwandes) Ziffer 76 - schriftlicher Diätplan, Faktor 2.9 Ziffer 857 – Auswertung Diätplan und Fragebogen, Faktor 2.5	1 x 90,00 €
4 x Folgeberatung , Ernährungsberatung, Diätplan, 30 Min. Ziffer 846 (Faktor 3.5, erhöhter Schwierigkeitsgrad bei individuell auf den Patienten abgestimmter Beratung) Ziffer 76 - schriftlicher Diätplan, (Faktor 3.5)	4x 45,00 €
Optional nach Absprache: 2x Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) Ziffer analog 651, Faktor 1,2	2 x 30,00 €
Gesamtkosten	421,81 €

Optional nach Absprache

Gutachten, Stellungnahmen, Befundberichte (Ziffer 75, Faktor 2,3)	17,00 €
Konsil, Mehraufwand (Ziffer 60, Faktor 2,2)	16,00 €
Auswertung Nährstoffanalyse mittels NutriGuide (Ziffer 857, Faktor 2,5)	16,90 €
Auswertung Blutzuckersensor über 14 Tage (Ziffer 659, Faktor 1,7)	39,90 €

Dr. med. S. FUNK
Fachärztin für
Allgemeinmedizin
-Ernährungsmedizin
(DAEM/DGEM)

Schwerpunktpraxis für 
ERNÄHRUNGSMEDIZIN BDEM

Dr.med. H. ZAPPE
 Fachärztin für
 Allgemeinmedizin
 -Reisemedizin

Dr. med.
 H.U. PREISENDÖRFER
 Facharzt für
 Innere Medizin

Dr. med. F. KRAM
 Facharzt für
 Innere Medizin
 Notfallmedizin

Dr. med. M. BOLCZEK
 Facharzt für
 Innere Medizin
 - Gastroenterologe

Dr. med. B. FUNK
 Facharzt für
 Innere Medizin
 - Gastroenterologe
 - Ernährungsmediziner
 (DGVS)

PIA REICHWEIN
 M. Sc. Ernährungs-
 wissenschaften
 Qualifizierte Diät- und
 Ernährungsberatung
 (VFED)

ROBERT-KOCH-STR. 7
63263 NEU-
ISENBURG

TEL 06102 – 6966

FAX 06102 –
 5605656

www.ipg-neu-isenburg.de

E-Mail : ernaehrung@ipg-neu-isenburg.de



Herzlich Willkommen in der Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin der Internistischen Gemeinschaftspraxis Neu-Isenburg!

Hiermit erhalten Sie folgende für unsere Erstberatung erforderlichen Unterlagen:

Seite 1 - 2:

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für gesetzlich Versicherte und Kostenvoranschlag senden Sie diese bitte ausgefüllt (durch Hausärztin/Hausarzt) an Ihre gesetzliche Krankenversicherung. Sie erhalten schriftlich Antwort zum Erstattungsbetrag.

Seite 4 - 18:

Anmeldeformular, Anamnesebogen und 7-Tage-Ernährungsprotokoll senden Sie nach dem Ausfüllen bitte an uns zurück. Je detailreicher Sie uns Ihre Beschwerden und Ihre Mahlzeiten beschreiben, desto besser können wir Sie beraten.

Bitte senden Sie Ihre vollständig ausgefüllten Unterlagen an ernaehrung@ipg-neu-isenburg.de oder per Post an IPG Neu-Isenburg, Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin, Robert-Koch-Str. 7, 63263 Neu-Isenburg z.Hd. Pia Reichwein.

Terminvergabe und Ablauf:

- Die Terminvergabe erfolgt über unseren digitalen Kalender arzt-direkt: <https://app.arzt-direkt.de/ipg-neu-isenburg/booking>. Hier können Sie sich selbstständig Ihre Termine bei uns buchen und bei Bedarf verschieben.
- Buchen Sie zu Beginn immer eine Erstberatung bei Frau Dr. Funk und eine Erstberatung bei Pia Reichwein.
- **Wichtig!** Ihre ausgefüllten Unterlagen müssen 7 Tage vor dem ersten Beratungstermin bei uns vorliegen, sonst können wir Ihre Beratungen nicht vorbereiten und Ihr Termin wird storniert.
- Die Ernährungsberatungen werden direkt im Anschluss an das Gespräch per **EC-Karte** an unserer Anmeldung bezahlt. Dort erhalten Sie zusätzlich den nächsten Beratungstermin, können aber auch weiterhin über arzt-direkt Ihre Termine selbstständig buchen.
- Bitte heben Sie die Rechnungen auf, da Sie diese nach Abschluss der gesamten Behandlung an ihre Krankenkasse senden, um die Kostenerstattung zu erhalten.
- Sie sind nicht verpflichtet, alle Leistungen des Kostenvoranschlages wahrzunehmen. Die Anzahl der Termine ist flexibel und wird mit uns gemeinsam geplant. Das Beenden der Ernährungstherapie ist jederzeit möglich.

Wir begleiten Sie gerne bei Ihren ernährungsmedizinischen Anliegen und wünschen Ihnen viel Erfolg!

Dr. med. S. FUNK
Fachärztin für
Allgemeinmedizin
-Ernährungsmedizin
(DAEM/DGEM)

Schwerpunktpraxis für 

Dr. med. H. ZAPPE
Fachärztin für
Allgemeinmedizin
-Reisemedizin

Dr. med.
H.U. PREISENDÖRFER
Facharzt für
Innere Medizin

Dr. med. F. KRAM
Facharzt für
Innere Medizin
Notfallmedizin

Dr. med. M. BOLCZEK
Facharzt für
Innere Medizin
- Gastroenterologe

Dr. med. B. FUNK
Facharzt für
Innere Medizin
- Gastroenterologe
- Ernährungsmediziner
(DGVS)

PIA REICHWEIN
M. Sc. Ernährungs-
wissenschaften
Qualifizierte Diät- und
Ernährungsberatung
(VFED)

**ROBERT-KOCH-STR. 7
63263 NEU-
ISENBURG**

TEL 06102 – 6966

FAX 06102 –
5605656

www.ipg-neu-isenburg.de

E-Mail : ernaehrung@ipg-neu-isenburg.de



Anmeldeformular mit Kostenvoranschlag und Patientenerklärung

Vor- und Nachname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer & Email: _____

Ernährungsmedizinische Erstberatung , 30 Min., bei Dr. S. Funk zur individuellen Behandlung unter Einbeziehung der Vorbefunde, der Begleiterkrankungen und Planung der Behandlungsschritte, ggfs. mit Vorbereitung einer operativen Therapie Ziffer 34 (Faktor 3,5 aufgrund des erhöhten Zeitaufwandes + interner fachspezifischer Austausch)	1 x 61,22 €
Für jedes weitere Gespräch Ziffer 3 (Faktor 3,5 aufgrund des erhöhten Zeitaufwandes + interner fachspezifischer Austausch)	je 30,59 €
Ernährungsanalyse/-Erstberatung , Diätplan 60 min., bei Pia Reichwein Ziffer analog 33 (Faktor 3.5 aufgrund des erhöhten Zeitaufwandes) Ziffer 76 - schriftlicher Diätplan, Faktor 2.9 Ziffer 857 – Auswertung Diätplan und Fragebogen, Faktor 2.5	1 x 90,00€
4 x Folgeberatung , Ernährungsberatung, Diätplan 30 Min. Ziffer 846 (Faktor 3.5, erhöhter Schwierigkeitsgrad bei individuell auf den Patienten Abgestimmter Beratung) Ziffer 76 - schriftlicher Diätplan, (Faktor 3.5)	4 x 45,00€
Optional nach Absprache: 2x Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) Ziffer analog 651, Faktor 1,2	2 x 30,00 €
Gesamtkosten	421,81 €

Optional nach Absprache

Gutachten, Stellungnahmen, Befundberichte (Ziffer 75, Faktor 2,3)	17,00 €
Konsil, Mehraufwand (Ziffer 60, Faktor 2,2)	16,00 €
Auswertung Nährstoffanalyse mittels NutriGuide (Ziffer 857, Faktor 2,5)	16,90 €
Auswertung Blutzuckersensor über 14 Tage (Ziffer 659, Faktor 1,7)	39,90 €

ERKLÄRUNG DES PATIENTEN

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Ernährungsberatung an und bestätige die Übernahme der anfallenden Kosten entsprechend des Kostenvoranschlags. Mir ist bekannt, dass ich die Behandlung jederzeit abbrechen kann. Im Falle einer Absage wende ich mich per Email an: ernaehrung@ipg-neu-isenburg.de oder hinterlasse eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter unter 06102-6966 spätestens **24 Stunden** vor meinem vereinbarten Termin. Andernfalls wird mir die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt (40,00 Euro für 30 Min., 80,00 Euro für 60 Min.). Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird.

Neu-Isenburg, den _____ Unterschrift: _____

Dr. med. S. FUNK
Fachärztin für
Allgemeinmedizin
-Ernährungsmedizin
(DAEM/DGEM)

Schwerpunktpraxis für 
ERNÄHRUNGSMEDIZIN BDEM

Dr.med. H. ZAPPE
Fachärztin für
Allgemeinmedizin
-Reisemedizin

Dr. med.
H.U. PREISENDÖRFER
Facharzt für
Innere Medizin

Dr. med. F. KRAM
Facharzt für
Innere Medizin
Notfallmedizin

Dr. med. M. BOLCZEK
Facharzt für
Innere Medizin
- Gastroenterologe

Dr. med. B. FUNK
Facharzt für
Innere Medizin
- Gastroenterologe
- Ernährungsmediziner
(DGVS)

PIA REICHWEIN
M. Sc. Ernährungs-
wissenschaften
Qualifizierte Diät- und
Ernährungsberatung
(VFED)

ROBERT-KOCH-STR. 7
63263 NEU-
ISENBURG

TEL 06102 – 6966

FAX 06102 –
5605656

www.ipg-neu-isenburg.de

E-Mail : ernaehrung@ipg-neu-isenburg.de

Anamnese- und Ernährungsprotokoll
--

Körpergröße (in cm): _____ Körpergewicht (in kg): _____

Haben Sie Kinder? Wie alt sind diese?

Welchen Beruf üben Sie zurzeit aus?

Wer ist Ihr Hausarzt? Wo sind Sie derzeit noch in Behandlung?

Welche Grunderkrankungen liegen bei Ihnen vor?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ja ☐nein

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel ein? ☐ja ☐nein

Wenn ja, welche? (Angabe mit Dosierung):

Weshalb kommen Sie zu uns in die Ernährungsberatung?

Haben Sie bereits eine Ernährungsberatung in der Vergangenheit wahrgenommen?

Haben Sie je
geraucht?

☐ja ☐nein

Rauchen Sie
derzeit?

Stk.____/ Tag

Trinken Sie
Alkohol?

☐ja ☐nein

Wenn ja, wie oft? ____ x/ Woche

Treiben Sie Sport? ☐ ja ☐ nein Wie oft? ☐ 1-2 x ☐ 3-4 x
☐ 5-6 x Woche

☐sehr gut ☐gut ☐eingeschränkt ☐stark
eingeschränkt

Essen Sie regelmäßig? ☐ja ☐nein Wie viele Mahlzeiten/Tag? ☐1-2 x ☐3-4 x ☐5-6 x

Falls Sie aufgrund von Verdauungsbeschwerden zu uns kommen, füllen Sie bitte die folgende Seite vollständig aus:

**Liegen in der Familie Allergien oder Unverträglichkeiten vor?
Wenn ja, welche?**

Falls Sie aufgrund von Verdauungsbeschwerden zu uns kommen, wann treten diese auf?

- ☐ morgens
- ☐ mittags
- ☐ abends
- ☐ nachts
- ☐ den ganzen Tag
- ☐ unregelmäßig
- ☐ nach dem Essen
- ☐ während des Essens

Bitte beschreiben Sie uns Ihre Beschwerden genauer:

Welche Diagnostik fand bereits bzgl. Ihrer Beschwerden statt?

- ☐ Laborbefund
- ☐ Magen-Darm-Spiegelung
- ☐ Ultraschall
- ☐ Gynäkologische Befunde
- ☐ Stuhluntersuchungen
- ☐ Allergietests

Vielen Dank für die Angaben!

**Falls Sie aufgrund von Übergewicht / Adipositas zu uns kommen,
füllen Sie bitte die folgenden Seiten vollständig aus.**

Wie hat sich ihr Gewicht in den folgenden Lebensabschnitten entwickelt?

	Welche Veränderungen gab es in dieser Zeit? Beruflich / privat?
Kindheit	
Jugend	
Erwachsen	

Was war ihr höchstes Körpergewicht? _____ kg

Was war ihr niedrigstes Körpergewicht? _____ kg

Sind Familienmitglieder übergewichtig?

	JA	NEIN
Mutter		
Vater		
Großeltern (Mutter)		
Großeltern (Vater)		
Geschwister		

Bekommen Sie Heißhungerattacken? Beschreiben Sie diese, wenn möglich:

Welche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion haben Sie bereits ausprobiert?

Bitte beschreiben Sie welche Maßnahme/n, hatten diese Erfolg?

Vielen Dank für ihre Angaben!

Name:

Datum: _____ Tag: _____ von 7 Tagen

Uhrzeit	Menge	Lebensmittel / Getränke (Bitte genau beschreiben)	Beschwerden mit Uhrzeit

**Bewegung/
Sport/
Entspannung**

--

Name:

Datum: _____

Tag: _____ von 7 Tagen

Uhrzeit	Menge	Lebensmittel/Getränke	Beschwerden mit Uhrzeit

**Bewegung/
Sport/
Entspannung**

Name:

Datum: _____

Tag: _____ von 7 Tagen

Uhrzeit	Menge	Lebensmittel/Getränke	Beschwerden mit Uhrzeit

**Bewegung/
Sport/
Entspannung**

Name:

Datum: _____ Tag: _____ von 7 Tagen

Uhrzeit	Menge	Lebensmittel/Getränke	Beschwerden mit Uhrzeit

**Bewegung/
Sport/
Entspannung**

Name:

Datum: _____

Tag: _____ von 7 Tagen

Uhrzeit	Menge	Lebensmittel/Getränke	Beschwerden mit Uhrzeit

**Bewegung/
Sport/
Entspannung**

