

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ärztliche Bescheinigung

Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung oder -therapie
Ergänzende Leistungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

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

- Adipositas BMI: _____
- Bluthochdruck _____
- Fettstoffwechselstörung _____
- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 _____
- Gestationsdiabetes _____
- Nahrungsmittelallergie/Intoleranz _____
- Magen-Darm-Erkrankung _____
- Mangelernährung _____
- Essstörung _____
- Krebserkrankung _____
- Hyperurikämie _____
- Osteoporose _____
- Rheuma/Gelenkerkrankung _____
- Sonstiges _____

Hinweise

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

Datum	Unterschrift und Stempel des Arztes
-------	-------------------------------------

Anmeldung zur Ernährungsberatung

Vom Patienten auszufüllen



weiblich männlich andere: _____

Name, Vorname Patient/in

Geboren am

Name, Vorname Erziehungsberechtigte/r

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail (Nur für Behandlungsinformation/KEINE Werbung)

Mobilfunk-Nr.

Festnetz-Nr.

Wann sind Sie tagsüber am besten zu erreichen?

Name der Krankenkasse (privat oder gesetzlich ?)

Versicherten-Nr.

EXTERN

Name der/des behandelnden Ärztin/Arztes

Praxis/Adresse

Schweigepflichtsentbindung: Hiermit entbinde ich meine/n behandelnde/n Ärztin/Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der mich beratenden Ernährungsfachkraft und der Oviva AG bezüglich der von mir in Anspruch genommenen therapeutischen Beratung.

Ebenfalls entbinde ich meine Ernährungsfachkraft und die Oviva AG von der Schweigepflicht gegenüber meiner/meinem behandelnden Ärztin/Arzt bezüglich der von mir in Anspruch genommenen therapeutischen Beratung.

Kosten: Eine Ernährungsberatung nach §43 dauert ca. 3 Stunden über mehrere Sitzungen und kostet typischerweise **80,- €** pro Stunde. Kosten und Länge bemessen sich nach dem Behandlungsgrund und werden in einem Kostenvoranschlag aufgeführt. Meistens übernimmt die gesetzliche Krankenkasse einen Großteil dieser Kosten, entscheidet aber im Einzelfall. Um Ihnen Gewissheit zu geben, holen wir hierfür eine Bestätigung von Ihrer Krankenkasse ein. (Wenn nicht gewünscht, bitte streichen.)

Wird nach §20 (Prävention) beraten und abgerechnet, können die Kosten je nach Beratungsprogramm variieren.

Bei Verhinderung bitten wir Sie, uns telefonisch oder per E-Mail spätestens 24 Stunden im Voraus zu informieren. Andernfalls behalten wir uns vor, 80,- € pro Stunde zu berechnen.

AGB und Datenschutzbestimmungen: Ich willige ein, dass die Oviva AG die im Rahmen der Ernährungsberatung erhobenen Daten nach Maßgabe der Ziffer 3.2 der Datenschutzbestimmungen verarbeitet. Diese Einwilligung kann jederzeit von mir widerrufen werden. Meine Daten werden nicht für Werbezwecke verwendet und nicht an Dritte weiter gegeben, siehe hierzu Abschnitt 4 der Datenschutzbestimmungen. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und melde mich zur Ernährungsberatung/-therapie bei der Oviva AG an.

Die Datenschutzbestimmungen sowie die AGB habe ich gelesen und verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in/Erziehungsberechtigte/r/gesetzl. Vertreter)

Bitte inkl. ärztlicher Bescheinigung an Oviva faxen: +49 (0)30 700 143 1062