



VERBAND DER DIÄTASSISTENTEN
DEUTSCHER BUNDESVERBAND E.V.

ZERTIFIKAT

Annemarie Lettl

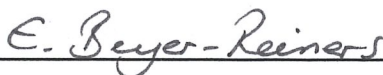
Von den Spitzenverbänden der Krankenkassen werden zur Bezuschussung von Leistungen nach § 20 und § 43 SGB V im Handlungsfeld Ernährung von den Anbietern neben der Grundqualifikation Diätassistentin/Diätassistent zusätzliche Qualifikationen gefordert.

Mit diesem VDD Zertifikat erfüllen Sie die Kriterien zur Anbieterqualifikation:

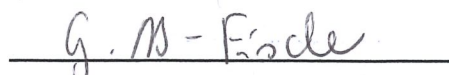
1. Leitfaden Prävention „Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 9. Januar 2017
2. der „Gemeinsamen Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vom Juni 2011 in der Fassung vom 2. Dezember 2013
3. der Rahmenempfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Förderung ergänzender Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vom 25. November 2004

Dieses Zertifikat ist bis 31.03.2022 gültig.

Essen, im März 2019



Evelyn Beyer-Reiners
Geschäftsführung
VDD e.V.



Gudrun Arts-Fischer
Fachbereich Weiterbildung
VDD e.V.

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (budgetneutral)

über eine Ernährungsberatung
gemäß § 43 SGB V

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

Telefonnummer PatientIn: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

BMI: _____

Die Durchführung einer Ernährungsberatung gemäß § 43 SGB V ist aus unten genannten Gründen medizinisch indiziert:
Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas BMI > 30 | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht BMI > 25 | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht BMI < 18,5 | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht | <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust, ungewollt | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Fruktosemalabsorption |
| <input type="checkbox"/> Essstörung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz |
| <input type="checkbox"/> Mangel- und Fehlernährung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Zöliakie / Sprue / gluteninduzierte Enteropathie |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ: | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Pankreasinsuffizienz | _____ |
| <input type="checkbox"/> Metabolisches Syndrom | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | _____ |

Notiz zur Indikation: _____

bisherige Befunde: _____

Folgende Anlagen liegen bei:

- Laborwerte Befundberichte Medikamentenplan

verordnete Diätprinzipien (z.B.: Eiweißmenge, Trinkmenge,...):

Ich bitte um:

- Zusendung eines Beratungsberichtes (nach Abschluss der Beratung)

Datum _____

Stempel / Unterschrift des Arztes _____



U R K U N D E

ÜBER DIE ERLAUBNIS ZUR FÜHRUNG DER BERUFSBEZEICHNUNG DIÄTASSISTENTIN

Frau Lettl Annemarie

geboren am 23. September 1989 in Landshut

erhält aufgrund des Diätassistentengesetzes
mit Wirkung vom heutigen Tage die Erlaubnis,
die Berufsbezeichnung

Diätassistentin

zu führen.

Landshut, 1. August 2012
REGIERUNG VON NIEDERBAYERN

Dr. Stadtmüller
Leitender Medizinaldirektor

