

Indikationen für die Oviva Ernährungsberatung

Stoffwechsel

- Metabolisches Syndrom
- Gestörte Glukosetoleranz
- Diabetes Typ 2
- Diabetes Typ 1
Lebensmittelauswahl und Portionsgröße
- Gestationsdiabetes
- Hyperlipidämie
- Hyperurikämie / Gicht
- Rheumatische Erkrankungen
- Cystische Fibrose
- Osteoporose
- Schilddrüsenerkrankungen

Herz-Kreislauf

- Hypertonie
- Koronare Herzkrankheiten
erhöhte Cholesterin- & TG-Werte, Nebenwirkungen bei Medikamenteneinnahme

Nieren

- Niereninsuffizienz
- Ernährung bei Dialyse
- Nierensteine

Fehl- & Mangelernährung

- Anorexia nervosa und Bulimie
- Onkologische Patienten
- COPD
- Schwangerschaft und Stillzeit
- Gedeihstörungen bei Kindern
- Makronährstoffmangel
z.B. Eiweiß
- Mikronährstoffmangel
z.B. Eisen
- Nutritional Risk Score > 3
- Dysphagie
Kau- und Schluckbeschwerden

Adipositas

- Erwachsene BMI über 30
- Kinder und Jugendliche
> 97. BMI Perzentile oder
> 90. BMI Perzentile
+ Folgeerkrankung

Verdauungssystem

- Obstipation / Diarrhoe
- Reizdarm
- CED
Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa
- Leaky-Gut-Syndrom
- Gallenwegserkrankungen
Gallensteine, Gallenblasenresektion
- Pankreaserkrankungen
akute/chronische Pankreatitis,
Pankreaskarzinom
- Reflux
- Kurzdarm
- Status nach Resektionen
z.B. Kolonresektion
- Zöliakie
- Bariatrische OP

Nahrungsmittel- unverträglichkeiten

- z.B. Laktose-Intoleranz,
Fructosemalabsorption,
Sorbitunverträglichkeit

Nahrungsmittelallergien

- Kreuzreaktionen
z.B. Birkenpollen-Nuss Kernobst
- Nahrungsmittelintoleranzen

Anmeldung zur Ernährungsberatung

Vom Patienten auszufüllen



Name, Vorname

Geboren am

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Email

Krankenkasse

Versicherten Nr.

Arzt

Praxis XY
Praxis / Adresse

Schweigepflichtsentbindung: Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber **NAME ERB, Ernährungsberater/in DGE** und der Oviva AG bezüglich der von mir in Anspruch genommenen therapeutischen Beratung sowie für die Abrechnung der Forderungen.

Kostenbeteiligung Krankenkasse: Bitte beantragen Sie eine Bescheinigung zur Kostenbeteiligung von meiner Krankenkasse. (Wenn nicht gewünscht, bitte streichen.)

Bitte erst einen Termin vereinbaren, wenn die Kostenbeteiligung meiner Krankenkasse vorliegt. (Wenn gewünscht, bitte ankreuzen.)

EDV Verarbeitung: Wir haben neben der schriftlichen Dokumentation Ihrer Daten sowie der Einzelheiten Ihrer Behandlung auch die automatische Datenverarbeitung eingerichtet. Bitte unterzeichnen Sie diese Erklärung auch zum Zeichen Ihres Einverständnisses mit der Erfassung der Daten per EDV für die Therapie, Evaluation und Abrechnung. Es werden keine personenbezogenen Daten an Dritte weitergegeben. Sie können jederzeit diese Zustimmung widerrufen.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und melde mich zur Ernährungsberatung/-therapie mit **NAME ERB, Ernährungsberater/in DGE** und der Oviva AG an.

Ort, Datum

Unterschrift

Kosten: Eine typische Ernährungsberatung dauert ca. 3 Stunden über mehrere Sitzungen und kostet EUR **XXX,-** pro Stunde. Bei einer ernährungsbedingten Erkrankung übernimmt die Krankenkasse zumeist einen Großteil dieser Kosten, entscheidet aber immer nach Einzelfall. Um Ihnen Gewissheit zu geben, holen wir hierfür eine Bestätigung von Ihrer Krankenkasse ein.

Bitte inkl. ärztlicher Bescheinigung an Oviva faxen: +49 (0)30 555 720 36

Ärztliche Bescheinigung



Name, Vorname des Versicherten	Geboren am
_____	_____
Krankenkasse	Versicherten Nr.
_____	_____
Name / Kürzel des behandelnden Arztes	

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.

Indikation

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

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