



Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen Beratung nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Name des Patienten Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ, Ort Telefon

Krankenkasse Vers.- nummer

Zutreffende Indikation bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/> Adipositas (Übergewicht)	Größe:	Gewicht:	BMI: Perzentile:
<input type="checkbox"/> Untergewicht			
<input type="checkbox"/> chron. entzündl. Darmerkrankungen	Bezeichnung:		
<input type="checkbox"/> chron. Obstipation			
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	Typ: Insulin:	Nüchtern-BZ: HbA1c:	
<input type="checkbox"/> Divertikulose			
<input type="checkbox"/> Diarrhoe			
<input type="checkbox"/> Hyperlipidämien	HDL: LDL:	Triglyceride: Gesamtcholesterin:	
<input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht	Harnsäure:		
<input type="checkbox"/> Hypertonie	RR:		
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	Bezeichnung:		
<input type="checkbox"/> Lebensmittelallergien	Bezeichnung:		
<input type="checkbox"/> Malnutrition	Eisen:	Calcium:	
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranzen	Bezeichnung:		
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	Bezeichnung: Kalium: Calcium:	Serum-Kreatinin:	
<input type="checkbox"/> Osteoporose			
<input type="checkbox"/> Pankreatitis			
<input type="checkbox"/> Refluxoesophagitis / Gastitis			
<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis			
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrankungen	Bezeichnung:		
<input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen	Bezeichnung:		
<input type="checkbox"/> Sonstiges	Bezeichnung:		
Medikamente:	Diätverordnung:		

Ich bitte um telefonische Rücksprache:  zu Beginn der Beratung  regelmäßig  bei Abschluss der Beratung

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes