Ernährungsberatung und Diättherapie
Delia Winke

staatlich anerkannte
Diätassistentin

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:

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

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

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes

Ernährungsberatung und Diättherapie
Delia Winke

Kuckucksruf 9, 14478 Potsdam
14669 Potsdam

Tel. 0331 8700 42 92
Fax. 0331 8700 42 93
info@delia-winke.de