

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

für

Name, Vorname

geboren am

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert. Um entsprechende Kostenübernahme wird im Namen des Patienten gebeten.

- Medikamentenplan liegt bei
- Laborbefunde liegen bei
- Medizinische Berichte liegen bei

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen

Adipositas

Untergewicht

Größe

Gewicht

BMI

Diabetes mellitus

Typ 1
HbA1C:

Typ 2

insulinpflichtig:
Insulin:

ja nein

Bluthochdruck

RR:

Hypercholesterinämie

Gesamt-CHOL:

HDL:

LDL:

Hypertriglyceridämie

Triglyceride:

Hyperuricämie

Harnsäure:

Osteoporose

Nahrungsmittel-
unverträglichkeiten

Welche?

Allergien

Welche?

Erkrankungen des
Magen-Darm-Traktes

Welche?

Krebserkrankungen

Welche?

Essstörung

Welche?

Schilddrüsenerkrankung/
Auffälligkeiten

Welche?

Sonstige Erkrankungen

Welche?

Medikamente

Welche?

verordnete Diät

Welche?

Ich bitte um Zusendung eines Beratungsberichts

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes