



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

für

Name _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Krankenkasse _____

PLZ Ort _____ Versicherten-Nr. _____

Indikation / Diagnosen:

- Untergewicht BMI _____ Größe: _____ Gewicht: _____
- Übergewicht, Adipositas BMI _____ Größe: _____ Gewicht: _____
- Diabetes mellitus Typ I Typ II insulinpflichtig
- Dyslipoproteinämie Ges.-CHOL: _____ HDL: _____ LDL: _____
TRI: _____
- Hypertonie RR: _____
- Hyperurikämie, Gicht Harnsäure: _____
- Rheumatische Erkrankung
- Osteoporose
- Nahrungsmittelintoleranz: _____
- Nahrungsmittelallergie
- Onkologische Erkrankung
- Nephrologische Erkrankung
- Erkrankung der Verdauungsorgane
- Mangelernährung
- Essstörung
- Sonstige Erkrankungen: _____

Anmerkungen: _____

Praxisstempel:

Datum, Unterschrift des behandelnden Arztes