

Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung/Ernährungstherapie
§ 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Name des Patienten	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort	Telefon
Krankenkasse	Vers. nummer	

Zutreffende Indikationen/en bitte ankreuzen

(Vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

letzte Laborwerte vom: _____

Adipositas

BMI: _____

Diabetes mellitus Medikation

Nüchtern-Blutzucker: _____ mg/dl

Typ _____

HbA1c _____

Insulin: _____

Fettstoffwechselstörung

Gesamtcholesterin: _____ mg/dl

HDL: _____ mg/dl

LDL: _____ mg/dl

Triglyzeride: _____ mg/dl

Bluthochdruck

_____ mm Hg

Hyperurikämie

Harnsäure: _____ mg/dl

Nahrungsmittelallergie

_____ Bezeichnung

Nahrungsmittel-Intoleranzen
(Laktose, Fruktose, Gluten, Histamin)

_____ Bezeichnung

Osteoporose

Erkrankung der Verdauungsorgane

_____ Bezeichnung

Diätverordnung: _____

Sonstiges: _____

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes

Stempel Ernährungsberater