

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	Größe	Gewicht

Zutreffende Indikation/en bitte ankreuzen

letzte Laborwerte vom: _____

(Vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

<input type="checkbox"/> Adipositas	BMI: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Medikation Typ _____ OAD: _____	Nüchtern-Blutzucker: _____ mmol/l HbA1c _____ % Insulin: _____
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung HDL: _____ mmol/l LDL: _____ mmol/l	Gesamtcholesterin: _____ mmol/l Triglyzeride: _____ mmol/l
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	RR: _____ mm Hg
<input type="checkbox"/> Hyperuricämie	Harnsäure: _____ mg/dl
<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung	Gewichtsabnahme: _____ kg/Zeit _____ Albumin: _____ g/l CRP: _____ mg/dl Eisen: _____ µg/dl Albumin: _____ g/l
<input type="checkbox"/> Mangelernährung	_____
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie	_____ Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel-Intoleranzen (Laktose, Fruktose, Gluten)	_____ Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Osteoporose	
<input type="checkbox"/> Erkrankung der Verdauungsorgane	_____ Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung Dialysepflicht _____	_____ Bezeichnung Serum-Kreatinin: _____ mg/dl Harnstoff: _____ mg/dl Kalium: _____ mmol/l Calcium: _____ mmol/l

Diätverordnung: _____

Sonstiges: _____

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes