

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für die Ernährungsberaterin
 über eine ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V**

 Name, Vorname

 Straße

 PLZ, Ort

 Telefon

 Hauptversicherter/Angehöriger

 Krankenversicherung

Diagnosen (bitte auch Befunde/bisherige Medikation angeben):

Die Ernährungstherapie ist aus unten genannten Gründen medizinisch indiziert:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Adipositas: (BMI: kg/m ²) | <input type="checkbox"/> Malnutrition/Untergewicht (BMI: kg/m ²) |
| <input type="checkbox"/> chronische Obstipation | <input type="checkbox"/> Diarrhoe |
| <input type="checkbox"/> Divertikulose | <input type="checkbox"/> Irritables Kolon (Reizdarm) |
| <input type="checkbox"/> chronisch entzündliche Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Essstörung |
| <input type="checkbox"/> Laktose-/Fruktosemalabsorption | <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz |
| <input type="checkbox"/> Diabetes melitus Typ ____ | <input type="checkbox"/> Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> Hyperlipidämie | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie |
| <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Dialysepflicht |
| <input type="checkbox"/> Pankreatitis | <input type="checkbox"/> Refluxösophagitis, Gastritis |
| <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> Gallensteine |
| <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Magen-/Darm-OP | <input type="checkbox"/> Zöliakie, gluteninduzierte Enteropathie |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Lebensmittelallergien |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | |

Aktuelle Laborwerte soweit vorliegen (bitte Kopie des Labors beifügen)

Aktuelles Körpergewicht:	Körpergröße:	Blutdruck:
Blutzucker: HbA1c	Triglyceride:	Harnsäure:
Cholesterin:	HDL:	LDL:
Gesamt-Eiweiß:	GOT:	GPT:
Serum Albumin:	Harnstoff:	Kreatinin:
Rast-Test	Prick-Test	Atem-Test

Ich bitte um Rückmeldung

telefonisch

schriftlich

 Unterschrift der Ärztin/des Arztes

 Ort, Datum