

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	Körpergewicht kg Körpergröße m

Zutreffende Indikationen/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: _____ mg/dl
HbA1c _____ %
Insulin: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung
HDL: _____ mg/dl LDL: _____ mg/dl | Gesamtcholesterin: _____ mg/dl
Triglyzeride: _____ mg/dl |
| <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 | _____ Bezeichnung |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie | _____ Bezeichnung |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel-Intoleranzen
(Laktose, Fruktose, Gluten) | _____ Bezeichnung |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | _____ Bezeichnung |
| <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