

Ärztliche Bescheinigung über eine medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung nach § 43 SGB V

Für

Name, Vorname _____ geboren am _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____ Telefonnummer _____

Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert. Um entsprechende Kostenübernahme wird im Namen des Patienten gebeten.

- Medikamentenplan liegt bei
- Laborbefunde liegen bei
- Medizinische Berichte liegen bei

Zutreffende Indikation (en) bitte ankreuzen

- | | | | |
|---|---|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adipositas | Größe: | Gewicht: | BMI: |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> | insulinpflichtig ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| | HbA1C: | Insulin: | |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | RR: | | |
| <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie | Gesamt-Chol: | HDL: | LDL: |
| <input type="checkbox"/> Hypertriglyceridämie | Triglyceride: | | |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie | Harnsäure: | | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | | | |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel-
Unverträglichkeiten | _____ | | |
| | Welche? | | |
| <input type="checkbox"/> Allergien | _____ | | |
| | Welche | | |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des
Magen-Darm-Traktes | _____ | | |
| | Welche? | | |
| <input type="checkbox"/> Essstörungen | _____ | | |
| | Welche? | | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | _____ | | |
| | Auffälligkeiten | | |
| | Welche? | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen | _____ | | |
| | Welche? | | |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | _____ | | |
| | Welche? | | |
| <input type="checkbox"/> Verordnete Diät: | _____ | | |
| | Welche? | | |

Ich bitte um Zusendung eines Beratungsberichtes

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes