

Ärztliche Bescheinigung
über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung
§ 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:** _____

<input type="checkbox"/> Adipositas	BMI: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Medikation Typ _____	Nüchtern-Blutzucker: _____ mg/dl HbA1c _____ % _____
<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	
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie	_____ Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel-Intoleranzen (Laktose, Fruktose, Gluten)	_____ Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Erkrankung der Verdauungsorgane	_____ Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	_____ Bezeichnung

Diätverordnung: _____

Abschlussbericht gewünscht? ja nein

Stempel, Unterschrift _____