
Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen Beratung nach § 43 SGB V

Patientenname Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ, Wohnort

Zutreffende Diagnose(n) bitte ankreuzen:

- Adipositas** Größe: Gewicht: BMI:
- Untergewicht**
- Hypertonie** RR:
- Hypercholesterinämie** Gesamt-Chol: HDL: LDL:
- Hypertriglyceridämie** Triglyceride:
- Hyperurikämie** Harnsäure:
- Diabetes mellitus** Typ I Typ II Insulinpflichtig: ja nein
- Lebensmittel-unverträglichkeiten** Welche? _____
- Osteoporose**
- Erkrankungen des Magen- Darm-Traktes** Welche? _____
- Krebserkrankungen** Welche? _____
- Sonstige Erkrankungen** Welche? _____
- Medikation** Welche? _____

- Laborbefunde liegen bei** **Medizinische Berichte liegen bei**

Die Durchführung einer ernährungstherapeutischen Beratung nach § 43 SGB V ist wegen o.g. Diagnose(n) indiziert.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Ärztin/Arzt