

Ärztliche Bescheinigung
über die medizinische Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen Beratung
§ 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Name des Patienten	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Telefon	Krankenkasse + Vers.nummer
PLZ, Ort	Körpergewicht kg	Körpergröße m

Zutreffende Indikation/-en bitte ankreuzen
(Vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

letzte Laborwerte vom: _____

<input type="checkbox"/> Adipositas	BMI: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Medikation Typ _____ OAD: _____	Nüchtern-Blutzucker: _____ HbA1c _____ % Insulin: _____
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung HDL: _____ LDL: _____	Gesamtcholesterin: _____ Triglyzeride: _____
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	RR: _____ mm Hg
<input type="checkbox"/> Hyperurikämie	Harnsäure: _____ mg/dl
<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung	Gewichtsabnahme: _____ kg/Zeit _____ Albumin: _____ g/l
<input type="checkbox"/> Mangelernährung	CRP: _____ mg/dl Eisen: _____ µg/dl Albumin: _____ g/l



Nahrungsmittelallergie

Bezeichnung

Nahrungsmittel-Intoleranzen
(Laktose, Fruktose, Gluten)

Bezeichnung

Osteoporose

Erkrankung der Verdauungsorgane

Bezeichnung

Nierenerkrankung

Bezeichnung

Dialysepflicht _____

Serum-Kreatinin: _____ mg/dl

Harnstoff: _____ mg/dl

Kalium: _____ mmol/l

Calcium: _____ mmol/l

Diätverordnung:

Sonstiges

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes

