

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: _____

Adipositas

BMI: _____

Diabetes mellitus

Nüchtern-Blutzucker: _____

Typ _____

HbA1c _____ %

OAD: _____

Insulin: _____

Fettstoffwechselstörung

Gesamtcholesterin: _____

HDL: _____

LDL: _____

Triglyzeride: _____

Bluthochdruck

RR: _____ mm Hg

Hyperurikämie

Harnsäure: _____ mg/dl

Tumorerkrankung

Gewichtsabnahme: _____ kg/Zeit _____

Albumin: _____ g/l

Mangelernährung

CRP: _____ mg/dl

Eisen: _____ µg/dl

Albumin: _____ g/l



- Nahrungsmittelallergie
- Nahrungsmittel-Intoleranzen
(Laktose, Fruktose, Gluten)
- Osteoporose
- Erkrankung der Verdauungsorgane
- Nierenerkrankung
Dialysepflicht _____

Bezeichnung

Bezeichnung

Bezeichnung

Bezeichnung

Serum-Kreatinin: _____ mg/dl

Harnstoff: _____ mg/dl

Kalium: _____ mmol/l

Calcium: _____ mmol/l

Diätverordnung:

Sonstiges

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes

