

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

Patientendaten (vom Patienten vorab oder von der Arztpraxis auszufüllen):

..... Name des Patienten Vorname des Patienten Geburtsdatum
..... Straße PLZ, Ort Telefon
..... Krankenkasse Körpergewicht in (kg) Körpergröße in (m)

Zutreffende Indikation/en bitte ankreuzen (von der Arztpraxis auszufüllen):

- Übergewicht/Adipositas (bitte Größe- & Gewichtsangaben oben ergänzen)
- Zustand nach bariatrischem Eingriff
- Untergewicht (bitte Größe- & Gewichtsangaben oben ergänzen)
- Bluthochdruck/Hypertonie
- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 oder ggf. gestörte Glukosetoleranz
- Gicht/Hyperurikämie
- Fettstoffwechselstörung
- Lebererkrankung
- Nierenerkrankung
- Reflux
- Schilddrüsenerkrankung
- Rheumatische Erkrankung
- Osteoporose
- Krebserkrankung
- chronische o. chron. Rezidivierende Magen-/Darmerkrankung
- Zöliakie/Sprue
- Nahrungsmittelintoleranz, welche Laktose Fructose Sorbit Histamin
- Nahrungsmittelallergie:
- Sonstiges/weitere Ausführungen:
-
- Medikamentenplan liegt bei
- Laborbefund liegt bei
- Berichte liegen bei

.....
Datum, Stempel & Unterschrift des Arztes