

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für Ernährungstherapeutische Beratung nach §43 SGB V

Patientenname	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Wohnort	Telefon

Diagnose(n): Bitte Betreffendes ankreuzen, mit näherer Bezeichnung

Größe m	Gewicht kg	BMI kg/m	
<input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Untergewicht			
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus			
	<input type="checkbox"/> Typ 1	<input type="checkbox"/> Typ 2	
Insulinpflichtig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie			
Gesamt-Chol.:	LDL-Chol.:	HDL-Chol.:	TG:
<input type="checkbox"/> Hypertonie			
RR:			
<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, welche?			
<input type="checkbox"/> Allergie, welche:			
<input type="checkbox"/> Lebensmittelintoleranz, welche:			
<input type="checkbox"/> Essstörung, welche:			
<input type="checkbox"/> Schlaf-Apnoe-Syndrom			
<input type="checkbox"/> Orthopädische Auffälligkeiten			
<input type="checkbox"/> Psychische Begleiterkrankungen			
<input type="checkbox"/> Allergie, welche:			
<input type="checkbox"/> Lebensmittelintoleranz, welche:			
<input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen, welche:			
<input type="checkbox"/> Medikamente:			

Ernährungstherapeutische Beratung nach §43 SGB V dringend notwendig wegen o.g. Diagnose(n).

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes