



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

Patient:

**Die Durchführung einer
Ernährungsberatung ist indiziert.**

- Medikamentenplan
- Laborbefunde
- Berichte / Diagnosen
-
- liegen als Papierausdruck bei
- werden digital übermittelt

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

- Adipositas** Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____
- Untergewicht**
- Bluthochdruck** RR: _____
- Diabetes mellitus** Typ I Typ II Insulinpflichtig: ja nein
- Hypercholesterinämie** Cholesterin: _____ HDL: _____ LDL: _____
- Hypertriglyceridämie** Triglyceride: _____
- Hyperurikämie** Harnsäure: _____
- Osteoporose**
- Lebensmittelunverträglichkeiten** welche: _____
- Allergien** welche: _____
- Magen-Darm-Erkrankungen** welche: _____
- Krebserkrankungen** welche: _____
- Herz- / Gefäßerkrankungen** welche: _____
- Sonstige Erkrankungen** welche: _____

-
- Ich bitte um telefonische Rücksprache zu Beginn der Beratung.
 - Ich bitte um Zusendung eines Berichtes nach Abschluss der Beratung.

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes