



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

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geboren am
Kostenträgerkennung	Versichertennummer	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Die Durchführung einer
Ernährungsberatung ist indiziert.**

Medikamentenplan
Laborbefunde
Berichte / Diagnosen

liegen als Papiaerausdruck bei
werden digital übermittelt

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

Adipositas Größe: Gewicht: BMI:

Untergewicht Größe: Gewicht: BMI:

Bluthochdruck RR:

Diabetes mellitus **Typ I** **Typ II** Insulinpflichtig:

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