

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 **letzte Laborwerte vom: _____**
 (Vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

Adipositas	BMI: _____	
Diabetes mellitus Medikation	Nüchtern-Blutzucker: _____ mg/dl	
Typ _____	HbA1c _____ %	
OAD: _____	Insulin: _____	
Fettstoffwechselstörung	Gesamtcholesterin: _____ mg/dl	
HDL: _____ mg/dl	LDL: _____ mg/dl	Triglyzeride: _____ mg/dl
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 _____

Diätverordnung: _____

Sonstiges _____

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes