

Ärztliche Bescheinigung

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



Name, Vorname

Diätverordnung

Anschrift

Krankenkasse

Telefonnummer

Vers.-Nr.

Geburtsdatum

Zutreffende Indikation/-en ankreuzen (vom medizinischen Fachpersonal)

- Adipositas
- Diabetes mellitus Typ _____
- Fettstoffwechselstörung
- Osteoporose
- Hypertonie / Bluthochdruck
- Hyperurikämie / Gicht
- Nahrungsmittelallergie:
- Nahrungsmittel-Intoleranz:
(Laktose, Gluten, Fructose)
- Erkrankung der Verdauungsorgane:
- Sonstige Indikation:

Letzte Laborwerte vom: _____

BMI: _____ kg/m²

HbA1c: _____ %

Gesamtcholesterin: _____ mg/dl

HDL/LDL: _____ mg/dl

RR: _____ mmHg

Harnsäure: _____ mg/dl

Bezeichnung

Bezeichnung

Bezeichnung

Bezeichnung

Stempel Arzt/Ärztin

Datum, Unterschrift Arzt/Ärztin