

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)

<input type="checkbox"/> Adipositas	BMI: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ _____ OAD: _____	Nüchtern-Blutzucker: _____ mg/dl HbA1c _____ % Insulin: _____
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung HDL: _____ mg/dl LDL: _____ mg/dl	Gesamtcholesterin: _____ mg/dl Triglyzeride: _____ mg/dl
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	RR: _____ mm Hg
<input type="checkbox"/> Hyperurikämie	Harnsäure: _____ mg/dl
<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung	Gewichtsabnahme: _____ kg/Zeit _____ Albumin: _____ g/l CRP: _____ mg/dl Eisen: _____ µg/dl Albumin: _____ g/l
<input type="checkbox"/> Mangelernährung	
<input type="checkbox"/> Erkrankung des Dickdarms	_____ Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel-Intoleranzen (Laktose, Fruktose, Gluten)	_____ Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Osteoporose	
<input type="checkbox"/> Erkrankung der Verdauungsorgane	_____ Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Chronisch entzündliche Darmerkrankung	_____ Bezeichnung Albumin: _____ g/l Eisen: _____ µg/dl Restlänge des Darms: _____ m
<input type="checkbox"/> Kurzdarm	
<input type="checkbox"/> Dysphagie	
Diätverordnung:	_____ _____
Sonstiges	_____
Stempel des Arztes	Datum, Unterschrift des Arztes