

Ärztliche Bescheinigung

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

_____ Name des Patienten	_____ Vorname	_____ Geburtsdatum	
_____ Straße	_____ PLZ. Ort	_____ Telefon	
_____ Krankenkasse	_____ Versicherungsnummer	_____ Körpergewicht kg	_____ Körpergröße m

Zutreffende Indikation/en bitte ankreuzen **letzte Laborwerte vom:** _____
(vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

<input type="checkbox"/> Übergewicht / Adipositas	BMI: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Medikation	Nüchtern-Blutzucker: _____ mg/dl
Typ: _____	HbA1c: _____ %
OAD : _____	Insulin: _____
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	Gesamtcholesterin: _____ mg/dl
HDL: _____ mg/dl LDL: _____ mg/dl	Triglyzeride: _____ mg/dl
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	RR: _____ mm HG
<input type="checkbox"/> Hyperuricämie	Harnsäure _____ mg/dl
<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung	Gewichtsabnahme : _____ kg/Zeit _____
Albumin: _____ g/l	CRP: _____ mg/dl
<input type="checkbox"/> Mangelernährung	
Eisen: _____ µg/dl	Albumin: _____ g/dl
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranz/unverträglichkeit (Laktose, Fruktose, Sorbit, Gluten)	_____ Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie	_____ Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Osteoporose	
<input type="checkbox"/> Erkrankungen der Verdauungsorgane	_____ Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	_____ Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	_____ Bezeichnung
GGT: _____ U/L GOT: _____ U/L GPT: _____ U/L	
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufferkrankungen	

Sonstiges: _____

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes