

Ärztliche Bescheinigung

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

Name des Patienten	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort	Telefon
Krankenkasse	Vers. nummer	Körpergewicht kg Körpergröße m

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

Adipositas	BMI: _____
Diabetes mellitus Medikation Typ _____ OAD: _____	Nüchtern-Blutzucker: _____ mg/dl HbA1c _____ % Insulin: _____
Fettstoffwechselstörung HDL: _____ mg/dl LDL: _____ mg/dl	Gesamtcholesterin: _____ mg/dl Triglyzeride: _____ mg/dl
Bluthochdruck	RR: _____ mm Hg
Hyperuricämie	Harnsäure: _____ mg/dl
Tumorerkrankung	Gewichtsabnahme: _____ kg/Zeit _____ Albumin: _____ g/l CRP: _____ mg/dl Eisen: _____ µg/dl Albumin: _____ g/l
Mangelernährung	
Nahrungsmittelallergie	_____ Bezeichnung
Nahrungsmittel-Intoleranzen (Laktose, Fruktose, Gluten)	_____ Bezeichnung
Osteoporose	
Erkrankung der Verdauungsorgane	_____ Bezeichnung
Nierenerkrankung Dialysepflicht _____	_____ Bezeichnung Serum-Kreatinin: _____ mg/dl Harnstoff: _____ mg/dl Kalium: _____ mmol/l Calcium: _____ mmol/l

Diätverordnung: _____
Sonstiges: _____

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes