

Vor-, Nachname:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Versicherungsnummer:

Praxisstempel

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung zur ernährungstherapeutischen Beratung nach §43 SGB V

(die Zuweisung ist budgetneutral)

Diagnose / Befund:

zutreffende Indikation(en) für eine Ernährungsumstellung (vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI < 18,5 / Kg / m ²) | <input type="checkbox"/> Fehl- / Mangelernährung |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25 – 29,9 / Kg / m ²) | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie / -intoleranzen |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI > 30 / Kg / m ²) | <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Verdauungsorgane |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ _____ | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis / Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Essstörung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |
-

- aktuelle Laborwerte vom: _____ (Bitte eine Kopie beifügen)

Beratungsrelevante Medikation:

- Bitte rufen Sie mich an, um Details zu besprechen.

Der o.a. Patient wurde von mir am _____ untersucht. Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse ist eine Ernährungsintervention medizinisch indiziert und wird hiermit verordnet.

Datum, Unterschrift