

Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung/Diättherapie

§ 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Name des Patienten	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort	Telefon
Krankenkasse	Vers. nummer	

Zutreffende Indikationen/en bitte ankreuzen letzte Laborwerte vom: _____

(Vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

<input type="checkbox"/> Adipositas	BMI: _____	Körpergewicht kg: _____	Körpergröße m: _____
<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"/> Mangelernährung		Gewichtsabnahme: _____ kg/Zeit _____	
<input type="checkbox"/> Essstörung / Anorexia nervosa		Albumin: _____ g/l	
<input type="checkbox"/> " / Bulimia nervosa		CRP: _____ mg/dl	
<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung		Eisen: _____ µg/dl	
		Albumin: _____ g/l	
<input type="checkbox"/> Osteoporose			
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie		_____	Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel-Intoleranzen (Laktose, Fruktose, Histamin, Gluten)		_____	Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung		_____	Bezeichnung
DD:		_____	Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Erkrankung der Verdauungsorgane		_____	Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung		_____	Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Dialysepflicht		Harnstoff: _____ mg/dl	
		Kalium: _____ mmol/l	
		Calcium: _____ mmol/l	
		Serum-Kreatinin: _____ mg/dl	

Diätverordnung: _____

Sonstiges: _____

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes