

Ärztliche NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG

für die ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V

Name des Patienten	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>		
Straße	PLZ / Wohnort	Telefon
<input type="text"/>		
Krankenkasse	Versicherungsnummer	
<input type="text"/>		

Ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V ist dringend notwendig wegen folgender Diagnose(n):

Übergewicht Größe cm Gewicht kg BMI kg/m²

Diabetes mellitus, welcher?
 Typ 1: Typ 2: insulinpflichtig: ja nein Gestationsdiabetes:
 Nüchternblutzucker mg/dl HbA1c %

Fettstoffwechselstörung
 Gesamtcholesterin mg/dl LDL mg/dl
 HDL mg/dl Triglyzerid mg/dl
 sonstige Fettstoffwechselstörungen, welche?

Hyperurikämie/Gicht Harnsäure mg/dl

Bluthochdruck RR mm HG

Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, welche?

Nahrungsmittelunverträglichkeiten, welche?

Krebserkrankung, welche?

Mangelernährung Größe cm Gewicht kg BMI kg/m²

Leber- und Gallenwegserkrankungen, welche?

Essstörung, welche?

Schilddrüsenerkrankungen, welche?

Sonstige Erkrankungen, welche?

Medikamente

Datum / Stempel / Unterschrift des Arztes