Schweizer Ernährungspraxis
Tel.: 02372 / 629212, Fax: 02372 / 629214, e-mail: ernaehrungspraxis@online.de
www.ernaehrungspraxis-schweizer.de

Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen Beratung nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

für: _____ _____
Name, Vorname — geboren am

_____
Straße, Hausnummer

_____
PLZ, Ort

Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert.

☐ 5 Termine ☐ 10 Termine

☐ Medikamentenplan liegt bei
☐ Laborbefunde vom _____ liegen bei
☐ medizinische Berichte liegen bei

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

☐	**Adipositas**	_____ Größe _____ Gewicht _____ BMI
☐	**Untergewicht**	
☐	**Bluthochdruck**	RR:
☐	**Diabetes mellitus**	☐ Typ I ☐ Typ II Insulinpflichtig: ☐ ja ☐ nein
☐	**Hypercholesterinämie**	Gesamt-Chol: HDL: LDL:
☐	**Hypertriglyceridämie**	Triglyceride:
☐	**Hyperuricämie**	Harnsäure:
☐	**Osteoporose**	
☐	**Lebensmittel-unverträglichkeiten**	_____ Welche?
☐	**Allergien**	_____ Welche?
☐	**Erkrankungen des Magen- Darm -Traktes**	_____ Welche?
☐	**Krebserkrankungen**	_____ Welche?
☐	**Sonstige Erkrankungen**	_____ Welche?

Ich bitte um ☐ telefonische Rücksprache zu Beginn der Beratung
☐ Zusendung eines Beratungsberichtes bei Abschluss der Beratung

_____ _____
Ort, Datum — Stempel, Unterschrift des Arztes