

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: _____ BMI _____
- 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