

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum |



Ärztliche Bescheinigung
über die medizinische
Notwendigkeit einer
Ernährungsberatung/Ernährung
stherapie § 43 Satz 1 Nr. 2
SGB V

Körpergröße: _____ Gewicht: _____
Tel.: _____ ggf. mobil: _____

Zutreffende Indikationen/en bitte ankreuzen **letzte Laborwerte vom:** _____
(Vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

Adipositas

BMI: _____

Diabetes mellitus Medikation

Nüchtern-Blutzucker: _____ mg/dl

Typ _____

HbA1c _____ %

OAD: _____

Insulin: _____

Fettstoffwechselstörung

Gesamtcholesterin: _____ mg/dl

HDL: _____ mg/dl

LDL: _____ mg/dl

Triglyzeride: _____ mg/dl

Bluthochdruck

RR: _____ mm Hg

Hyperuricämie

Harnsäure: _____ mg/dl

Tumorerkrankung

Gewichtsabnahme: _____ kg/Zeit _____

Albumin: _____ g/l

CRP: _____ mg/dl

Eisen: _____ µg/dl

Albumin: _____ g/l

Mangelernährung

Nahrungsmittelallergie

_____ Bezeichnung

Nahrungsmittel-Intoleranzen
(Laktose, Fruktose, Gluten)

_____ Bezeichnung

Osteoporose

Erkrankung der Verdauungsorgane

_____ Bezeichnung

Nierenerkrankung

_____ Bezeichnung

Dialysepflicht _____

Serum-Kreatinin: _____ mg/dl

Harnstoff: _____ mg/dl

Kalium: _____ mmol/l

Calcium: _____ mmol/l

Diätverordnung: _____

Sonstiges: _____

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes