

**Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung (§20 bzw. 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V)**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nummer: \_\_\_\_\_

Körpergröße (m): \_\_\_\_\_ Körpergewicht (kg): \_\_\_\_\_

**Zutreffende Indikation/en bitte ankreuzen**

(Vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

letzte Laborwerte vom: \_\_\_\_\_

Adipositas

Diabetes-mellitus-Medikation

Typ: \_\_\_\_\_

OAD: \_\_\_\_\_

Fettstoffwechselstörung

HDL: \_\_\_\_\_ mg/dl LDL: \_\_\_\_\_ mg/dl

Blutdruck

Hyperurikämie

Tumorerkrankung

Mangelernährung

Nahrungsmittelallergie

Nahrungsmittel-Intoleranz

(Laktose, Fruktose, Gluten)

Osteoporose

Erkrankung der Verdauungsorgane

Nierenerkrankung

Dialysepflicht \_\_\_\_\_

Diätverordnung:  
\_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

BMI: \_\_\_\_\_

Nüchtern-Blutzucker: \_\_\_\_\_ mg/dl

HbA1c: \_\_\_\_\_ %

Insulin: \_\_\_\_\_

Gesamtcholesterin: \_\_\_\_\_ mg/dl

Triglyceride: \_\_\_\_\_ mg/dl

RR: \_\_\_\_\_ mm Hg

Harnsäure: \_\_\_\_\_ mg/dl

Gewichtsabnahme: \_\_\_\_\_ kg/Zeit \_\_\_\_\_

Albumin: \_\_\_\_\_ g/l

CRP: \_\_\_\_\_ mg/dl

Eisen: \_\_\_\_\_ µg/dl

Albumin: \_\_\_\_\_ mg/dl

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Serum-Kreatinin: \_\_\_\_\_ mg/dl

Harnstoff: \_\_\_\_\_ mg/dl

Kalium: \_\_\_\_\_ mg/dl

Kalzium: \_\_\_\_\_ mg/dl

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes