

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

- BMI: _____
- Nüchtern-Blutzucker: _____ mg/dl
- HbA1c: _____ %
- Insulin: _____
- Gesamtcholesterin: _____ mg/dl
- Triglyceride: _____ mg/dl
- RR: _____ mm Hg
- Harnsäure: _____ mg/dl
- Gewichtsabnahme: _____ kg/Zeit _____

- Mangelernährung
- Nahrungsmittelallergie
- Nahrungsmittel-Intoleranz
(Laktose, Fruktose, Gluten)
- Osteoporose
- Erkrankung der Verdauungsorgane
- Nierenerkrankung
Dialysepflicht _____

- 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

Diätverordnung: _____

Sonstiges: _____

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes