

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

Name des Patienten

Geburtsdatum

Anschrift

Krankenkasse

Telefonnummer

Vers.-Nummer

Diätverordnung

Zutreffende Indikation/en bitte ankreuzen

(Vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

letzte Laborwerte vom: _____

Adipositas

BMI: _____

Diabetes-mellitus-Medikation

Nüchtern-Blutzucker: _____ mg/dl

Typ: _____

HbA1c: _____ %

OAD: _____

Insulin: _____

Fettstoffwechselstörung

Gesamtcholesterin: _____ mg/dl

HDL: _____ mg/dl LDL: _____ mg/dl

Triglyceride: _____ mg/dl

Blutdruck

RR: _____ mmHg

Hyperurikämie

Harnsäure: _____ mg/dl

Tumorerkrankung

Gewichtsabnahme: _____ kg/Zeit _____

Albumin: _____ g/l

CRP: _____ mg/dl

Mangelernährung

Eisen: _____ µg/dl

Albumin: _____ mg/dl

Nahrungsmittelallergie

Bezeichnung: _____

Nahrungsmittel-Intoleranz

Bezeichnung: _____

(Laktose, Fruktose, Gluten)

Osteoporose

Erkrankung der Verdauungsorgane

sonstiges

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes