

Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen Beratung
§ 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Name des Patienten

Geburtsdatum

Anschrift

Krankenkasse

Telefon

Vers.nummer

Diätverordnung

Zutreffende Indikation/-en ankreuzen

letzte Laborwerte vom: _____

- Adipositas
- Diabetes mellitus: Typ _____
- Fettstoffwechselstörung
- Osteoporose
- Hypertonie / Bluthochdruck
- Hyperurikämie / Gicht
- Nahrungsmittelallergie: _____
Bezeichnung
- Nahrungsmittel-Intoleranz: _____
(Laktose, Fruktose, Gluten) Bezeichnung
- Erkrankung der Verdauungsorgane: _____
Bezeichnung
- Sonstige Indikation: _____
Bezeichnung

BMI: _____ kg/m²

HbA1c: _____ %

Gesamtcholesterin: _____ mg/dl

HDL/LDL: _____ mg/dl

RR: _____ mmHg

Harnsäure: _____ mg/dl

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes