

Ärztliche Bescheinigung

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

Name des Patienten:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	Telefon:	Krankenkasse + Vers.-Nummer
PLZ, Ort:	Körpergewicht kg:	Körpergröße in m:

Zutreffende Indikation/-en bitte ankreuzen
(Vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

letzte Laborwerte vom: _____

<input type="checkbox"/> Adipositas	BMI:
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Medikation	Nüchtern-Blutzucker: mg/dl
Typ:	HbA1c: %
OAD:	Insulin:
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	Gesamtcholesterin: mg/dl
HDL: mg/dl	LDL: mg/dl
	Triglyzeride: mg/dl
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	RR: mm Hg
<input type="checkbox"/> Hyperurikämie	Harnsäure: mg/dl
<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung	Gewichtsabnahme: kg, Zeitraum:
	Albumin: g/l
	CRP: mg/dl
<input type="checkbox"/> Mangelernährung	Eisen: µg/dl
	Albumin: g/l
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie	Bezeichnung:
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel-Intoleranzen (Laktose, Fruktose, Gluten)	Bezeichnung:
<input type="checkbox"/> Osteoporose	
<input type="checkbox"/> Erkrankung der Verdauungsorgane	Bezeichnung:
<input type="checkbox"/> 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: