

ÄRZTLICHE NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG
für die ernährungstherapeutische Beratung gemäß § 43 SGB V

Nachname: _____ Vorname: _____
 Strasse: _____ PLZ Ort: _____
 Krankenkasse: _____ Geb.datum: _____

Aufgrund folgender Diagnose(n) ist eine ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V dringend notwendig:

<input type="checkbox"/>	Übergewicht/Adipositas Größe _____ Gewicht _____ BMI _____
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus Typ 1: o Typ 2: o insulinpflichtig: o ja / o nein Nüchternblutzucker mg/dl _____ HbA1c % _____
<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörung Gesamtchol. _____ mg/dl LDL _____ mg/dl HDL _____ mg/dl Triglyzeride _____ mg/dl
<input type="checkbox"/>	Hyperurikämie/Gicht Harnsäure _____ mg/dl
<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck RR _____ mm HG
<input type="checkbox"/>	Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes , welche?
<input type="checkbox"/>	Nahrungsmittelunverträglichkeiten/Allergien welche?
<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung , welche?
<input type="checkbox"/>	Mangelernährung Größe _____ Gewicht _____ BMI _____
<input type="checkbox"/>	Essstörung , welche?
<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen , welche?
<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen , welche?

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes