

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

**Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes**