

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung nach § 43 SGB V.

Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert.

Um entsprechende Kostenübernahme wird im Namen des Patienten gebeten.

Name des Patienten

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Körpergewicht kg

Körpergröße cm

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen

Medikamentenplan liegt bei

Laborbefunde liegen bei

Ernährungsumstellung zur Gewichtsoptimierung Adipositas	Körpergewicht kg BMI	Körpergröße cm
Untergewicht	Körpergewicht kg BMI	Körpergröße cm
Hyperlipoproteinämie	Gesamt Chol: HDL: LDL: Trygl.:	
Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 insulinpflichtig: ja nein	Nüchtern-Blutzucker: mg/dl HbA1C:	
Hyperurikämie	Harnsäure	
Nierenerkrankung	Dialysepflicht ja nein Serum- Kreatinin: mg/dl Harnstoff: mg/dl Kalium: mmol/l	
Osteoporose		
Bluthochdruck	RR mm Hg	
Colitis ulcerosa Morbus Crohn		
Reizdarm		
Gastritis	Stempel und Unterschrift des Arztes	
Obstipation		
Lactoseintoleranz Fructoseintoleranz		
glutensensitive Enteropathie		
Pankreatitis		
Rheuma		
Eisenmangelanämie		