

## ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung<sup>1</sup> nach § 43 Satz 1 Nr. 2 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: Trygl.:	HDL:                      LDL:
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		

<sup>1</sup> Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01620 (neu) BMÄ/E-GO berechnungsfähig.