

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

für:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
geboren am

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

**Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert.**

5 Termine

10 Termine

- Medikamentenplan liegt bei  
 Laborbefunde vom \_\_\_\_\_ liegen bei  
 medizinische Berichte liegen bei

## Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

- Adipositas** \_\_\_\_\_  
 **Untergewicht** Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_
- Bluthochdruck** RR: \_\_\_\_\_
- Diabetes mellitus**  Typ I  Typ II Insulinpflichtig:  ja  nein
- Hypercholesterinämie** Gesamt-Chol: \_\_\_\_\_ HDL: \_\_\_\_\_ LDL: \_\_\_\_\_
- Hypertriglyceridämie** Triglyceride: \_\_\_\_\_
- Hyperuricämie** Harnsäure: \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_
- Osteoporose**
- Lebensmittel-unverträglichkeiten** \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_
- Allergien** \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_
- Erkrankungen des Magen- Darm -Traktes** \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_
- Krebserkrankungen** \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_
- Sonstige Erkrankungen** \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_

Ich bitte um  telefonische Rücksprache zu Beginn der Beratung  
 Zusendung eines Beratungsberichtes bei Abschluss der Beratung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Arztes