

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Krankenkasse/Kostenträger	
Name, Vorname	geb. am
Versicherungsnummer:	

**Diättherapie kurativ
gemäß § 43 SGB V**

Größe: cm	Gewicht: kg	BMI: kg/m ²	Blutdruck: mm Hg
---------------------	-----------------------	----------------------------------	----------------------------

Indikationen für eine ernährungstherapeutische Beratung

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Arteriosklerose/ KHK/ Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Magenerkrankung <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1,2,3 <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeit/-intoleranz <input type="checkbox"/> Untergewicht/Mangelernährung <input type="checkbox"/> Gallen-/Lebererkrankung <input type="checkbox"/> Sonstiges: | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pankreaserkrankung <input type="checkbox"/> Nephrologische Erkrankung <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht <input type="checkbox"/> Darmerkrankung <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankung <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
|---|---|

Wichtige Informationen für die Beratung: _____

- Anhang:
- Laborbefunde
 - Medikamentenplan
 - Befundberichte

Stempel/Unterschrift d. Arztes