

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung
über eine Ernährungsberatung
gemäß §43 SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Telefonnummer Patient: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

Die Durchführung einer Ernährungsberatung gemäß § 43 SGB V ist aus unten genannten Gründen medizinisch indiziert:

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/>	Adipositas BMI >30	<input type="checkbox"/>	Herz-Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/>	Magenerkrankung
<input type="checkbox"/>	Übergewicht BMI > 25	<input type="checkbox"/>	Hypertonie	<input type="checkbox"/>	Darmerkrankung
<input type="checkbox"/>	Untergewicht BMI <18,5	<input type="checkbox"/>	Hyperurikämie/Gicht	<input type="checkbox"/>	Laktoseintoleranz
<input type="checkbox"/>	Gewichtsverlust, ungewollt	<input type="checkbox"/>	Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	Fruktose.....
<input type="checkbox"/>	Essstörung	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	Histaminintoleranz
<input type="checkbox"/>	Mangel-und Fehlernährung	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Zöliakie/.../ gluteninduzierte Enteropathie
<input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus Typ:	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Nahrungsmittelallergie
<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	Pankreasinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	Metabolisches Syndrom	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	_____

Notiz zur Indikation: _____

Bisherige Befunde: _____

Folgende Anlagen liegen bei:

<input type="checkbox"/> Laborwerte	<input type="checkbox"/> Befundberichte	<input type="checkbox"/> Medikamentenplan
-------------------------------------	---	---

Verordnete Diätprinzipien (z.B.: Eiweißmenge, Trinkmenge, ...):

Ich bitte um:

- Zusendung eines Beratungsberichtes (nach Abschluss der Beratungen)

Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes