

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung
Für eine ernährungstherapeutische Beratung nach
§ 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V
(Die Zuweisung ist budgetneutral)**

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Telefon Krankenkasse Vers.- Nr:

Körpergewicht (kg) Körpergröße (m)

Diätverordnung

Zutreffende Indikation/en bitte ankreuzen
(vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

<input type="checkbox"/>	Adipositas	<input type="checkbox"/>	Reizdarm
<input type="checkbox"/>	Prädiabetes	<input type="checkbox"/>	Refluxösophagitis
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Zöliakie
<input type="checkbox"/>	Hyperurikämie	<input type="checkbox"/>	Fruktosemalabsorption
<input type="checkbox"/>	Hypertonie	<input type="checkbox"/>	Laktoseintoleranz
<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/>	Divertikulose
<input type="checkbox"/>	Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	Divertikulitis
<input type="checkbox"/>	Untergewicht/ Mangelernährung	<input type="checkbox"/>	Morbus Crohn
<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Colitis ulcerosa
<input type="checkbox"/>	Lebensmittelallergien	<input type="checkbox"/>	Obstipation
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	Osteoporose

Untersuchungsergebnisse:

RR: _____ mmHg

HbA1c: _____ %

Gesamtcholesterin: _____ mg/dl

Triglyceride: _____ mg/dl

HDL/LDL _____ mg/dl

Harnsäure: _____ mg/dl

Serumalbumin _____ g/l

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

