

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung über eine Ernährungsberatung gemäß § 43 Abs. 2 SGB V

Frau/ Herr _____ geb. am _____
 wohnhaft in _____ Telefon _____
 Körpergröße _____ Körpergewicht _____

INDIKATION

- Adipositas und Metabolisches Syndrom BMI _____
 - Übergewicht Kinder (> 90. Perzentile) Adipositas Kinder (> 97. Perzentile)
 - Hyperurikämie / Gicht
 - Fettstoffwechselstörung
 - Herz-Kreislauf-Erkrankung
 - Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 HbA1c- Wert _____%
 - Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes
 - Erkrankung der Leber und Gallenwege
 - Erkrankung des Pankreas
 - Erkrankungen der Schilddrüse
 - Nahrungsmittelintoleranzen Allergien
-
- Osteoporose Rheuma Gelenkerkrankungen
 - Essstörung Depression
-
- Sonstiges _____

Laborwerte/Aktuelle Medikation vom
beigefügt.

sind als Kopie

Hiermit weise ich Ihnen den/die oben genannte/n Patienten/in mit der Bitte um Übersendung des Beratungsberichtes zu. ja nein

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

