

# Ärztliche Bescheinigung

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

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_ Mailadresse: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

## Persönliche Angaben

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Körpergewicht (Kg): \_\_\_\_\_ Körpergröße (cm): \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versichertennummer: \_\_\_\_\_

## Zutreffende Indikation/- en bitte ankreuzen

Letzte Laborwerte vom: \_\_\_\_\_

(Vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

Adipositas	BMI:		
Diabetes mellitus Medikation	Nüchtern-Blutzucker:	mg/ dl	
Typ:	HbA1c:	%	
OAD:	Insulin:		
Fettstoffwechselstörung	Gesamtcholesterin:	mg/ dl	
HDL: mg/ dl	LDL: mg/ dl	Triglyzeride:	mg/ dl
Bluthochdruck	RR:	mm HG	
Hyperurikämie	Harnsäure:	mg/ dl	
Tumorerkrankung	Gewichtsabnahme:	Kg/ Zeit	
	Albumin:	g/ l	
	CRP:	mg/ dl	
Mangelernährung	Eisen:	µg/ dl	
	Albumin:	g/ l	
Nahrungsmittelallergie			
Nahrungsmittel-Intoleranz (Laktose, Fruktose, Gluten)			
Osteoporose			
Erkrankung der Verdauungsorgane			
Nierenerkrankung			
Dialysepflicht	Serum-Kreatinin:	mg/ dl	
	Harnstoff:	mg/ dl	
	Kalium:	mmol/ l	
	Calcium:	mmol/ l	
Diätverordnung			
Sonstiges			

Datum, Ort

Stempel/ Unterschrift des Arztes