

Ärztliche Bescheinigung

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

Ernährungstherapeutische Beratung für

Name, Vorname

geboren am

Anschrift:

Telefon:

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

Übergewicht/ Adipositas

Größe: _____ Gewicht: _____

Untergewicht

Größe: _____ Gewicht: _____

Diabetes mellitus

Typ: _____ Nüchtern-Blutzucker: _____ mg/dl

HbA1c: _____ %

OAD: _____ Insulin: _____

Krebserkrankungen

Gewichtsabnahme: _____ kg/ Zeit _____

Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes

Bezeichnung

Fettstoffwechselstörung

Gesamtcholesterin: _____ mg/dl

HDL: _____ mg/dl LDL: _____ mg/dl

Triglyceride: _____ mg/dl

Hyperurikämie

Harnsäure: _____ mg/dl

Nahrungsmittel-Intoleranzen

Bezeichnung (z.B. Laktose, Fruktose, Gluten)

Osteoporose

Essstörung

Bezeichnung

Bluthochdruck

RR _____ mmHg

Sonstige Erkrankung

Ich bitte um Zusendung eines Beratungsberichtes telefonische Rücksprache

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes