



Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung nach § 43 SGBV

für

Name, Vorname

geboren am

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

**Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert. Um
entsprechende Kostenübernahme wird im Namen des Patienten gebeten.**

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen

- | | | | |
|---|---|--|------|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht/Adipositas | Größe | Gewicht | BMI |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Typ1 <input type="checkbox"/> Typ2 | Insulinpflichtig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | RR: | | |
| <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie | Gesamt-CHOL: | HDL: | LDL: |
| <input type="checkbox"/> Hypertriglyceridämie | Triglyceride: | | |
| <input type="checkbox"/> Hyperuricämie | Harnsäure: | | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | | | |
| <input type="checkbox"/> Lebensmittelunverträglichkeiten | | | |
| <input type="checkbox"/> Allergien | | | |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Magen- Darm-Traktes | | | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | | | |
| <input type="checkbox"/> Essstörungen | | | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung /Auffälligkeiten | | | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen | | | |

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes

