



Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen Beratung

§ 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Name des Patienten	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Telefon	Krankenkasse + Vers.nummer
PLZ, Ort	Körpergewicht kg	Körpergröße m

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-Intoleranzen
(Laktose, Fruktose, Gluten) _____

Osteoporose _____

Erkrankung der Verdauungsorgane _____

Nierenerkrankung _____

Diätverordnung: _____

Sonstiges _____

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes