

# 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)

<input type="checkbox"/> Adipositas	BMI: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Medikation Typ _____ OAD: _____	Nüchtern-Blutzucker: _____ mg/dl HbA1c _____ % Insulin: _____
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung HDL: _____ mg/dl      LDL: _____ mg/dl	Gesamtcholesterin: _____ mg/dl Triglyzeride: _____ mg/dl
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	RR: _____ mm Hg
<input type="checkbox"/> Hyperurikämie	Harnsäure: _____ mg/dl
<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung	Gewichtsabnahme: _____ kg/Zeit _____ Albumin: _____ g/l CRP: _____ mg/dl Eisen: _____ µg/dl Albumin: _____ g/l
<input type="checkbox"/> Mangelernährung	_____ Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie	_____ Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel-Intoleranzen (Laktose, Fruktose, Gluten)	_____ Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Osteoporose	_____ Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Erkrankung der Verdauungsorgane	_____ Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung Dialysepflicht _____	_____ Bezeichnung Serum-Kreatinin: _____ mg/dl Harnstoff: _____ mg/dl Kalium: _____ mmol/l Calcium: _____ mmol/l

Diätverordnung: \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes