

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Patienten		geb.am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

## Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

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

- Medikamentenplan liegt bei  
 Laborbefunde liegen bei  
 medizinische Berichte liegen bei

### Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen

- Adipositas**  
 **Untergewicht**      \_\_\_\_\_ Größe      \_\_\_\_\_ Gewicht      \_\_\_\_\_ BMI  
 **Diabetes mellitus**       Typ1     Typ2      Insulinpflichtig:  ja     nein  
 **Bluthochdruck**      RR: \_\_\_\_\_  
 **Hypercholesterinämie**      Gesamt-CHOL: \_\_\_\_\_ HDL: \_\_\_\_\_ LDL: \_\_\_\_\_  
 **Hypertriglyceridämie**      Triglyceride: \_\_\_\_\_  
 **Hyperurikämie**      Harnsäure: \_\_\_\_\_  
 **Osteoporose**  
 **Lebensmittelunverträglichkeiten**      \_\_\_\_\_  
 **Allergien**      Welche? \_\_\_\_\_  
 **Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes**      Welche? \_\_\_\_\_  
 **Krebserkrankungen**      Welche? \_\_\_\_\_  
 **Essstörungen**      Welche? \_\_\_\_\_  
 **Sonstige Erkrankungen**      Welche? \_\_\_\_\_  
 **Medikamente**      Welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Welche? \_\_\_\_\_

Ich bitte um  Zusendung eines Beratungsberichtes  
 telefonische Rücksprache

- zu Beginn der Beratung  
 regelmäßig  
 bei Abschluss der Beratung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Arztes