

Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung ¹

§ 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

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

Zutreffende Indikationen/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

Hyperuricämie

Harnsäure: _____ mg/dl

Tumorerkrankung

Gewichtsabnahme: _____ kg/Zeit _____

Albumin: _____ g/l

CRP: _____ mg/dl

Mangelernährung

Eisen: _____ µg/dl

Albumin: _____ g/l

Nahrungsmittelallergie

_____ Bezeichnung

Nahrungsmittel-Intoleranzen
(Laktose, Fruktose, Gluten)

_____ Bezeichnung

Osteoporose

Erkrankung der Verdauungsorgane

_____ Bezeichnung

Nierenerkrankung

_____ Bezeichnung

Dialysepflicht _____

Serum-Kreatinin: _____ mg/dl

Harnstoff: _____ mg/dl

Kalium: _____ mmol/l

Calcium: _____ mmol/l

Diätverordnung: _____

Sonstiges: _____

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes