



Ärztliche NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG

für die ernährungstherapeutische Beratung gemäß § 43 SGB V

Name des Patienten	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Wohnort	Telefon
Krankenkasse	Versicherungsnummer	

Zutreffende Indikation/en bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/>	Übergewicht <input type="checkbox"/> Adipositas: <input type="checkbox"/> Untergewicht (Mangelernährung): <input type="checkbox"/> Größe _____ cm Gewicht _____ kg BMI _____
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus, welcher? Typ 1: <input type="checkbox"/> Typ 2: <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes <input type="checkbox"/> insulinpflichtig: ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> Nüchternblutzucker _____ mg/dl HbA1c _____ %
<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörung Gesamtcholesterin _____ mg/dl LDL _____ mg/dl HDL _____ mg/dl Triglycerid _____ mg/dl Sonstige Fettstoffwechselstörungen, welche?
<input type="checkbox"/>	Hyperurikämie: <input type="checkbox"/> Gicht: <input type="checkbox"/> Harnsäure _____ mg/dl
<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck RR _____ mg/HG
<input type="checkbox"/>	Osteoporose
<input type="checkbox"/>	Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, welche?
<input type="checkbox"/>	Lebensmittelunverträglichkeiten Lactoseintoleranz: <input type="checkbox"/> Fructoseintoleranz: <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Zöliakie (gluteninduzierte Enteropathie) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Allergien, welche?
<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen, welche?
<input type="checkbox"/>	Essstörung, welche?
<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen, welche?
<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen, welche?

Anbei:

- Medikamentenplan
- Laborbefunde
- Medizinische Berichte

Ich bitte um:

- Zusendung eines Beratungsberichts
- Telefonische Rücksprache

Datum / Stempel / Unterschrift des Arztes