

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für Ernährungstherapie nach § 43 SGB V

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt, Ihre Patientin / Ihr Patient benötigt eine qualifizierte ernährungstherapeutische Beratung, um die Behandlung einer Erkrankung zu ergänzen und zu unterstützen. Bitte füllen Sie deshalb diese Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung aus. Danke!

Patientenangaben

Name _____ Vorname _____
Straße und Nr. _____ PLZ, Ort _____

medizinische Angaben

(bitte zutreffende Diagnose(n) ankreuzen bzw. näher bezeichnen)

Größe _____ Gewicht _____ BMI _____
Untergewicht Adipositas
Diabete mellitus Typ 1 Typ 2 Insulinpflichtig Gestationsdiabetes
Fettstoffwechselstörung Cholesterin: _____ LDL: _____ HDL: _____ TG: _____ Ges.-Chol.: _____
Hypertonie RR: _____
Allergien _____
Lebensmittelunverträglichkeiten _____
sonstige Erkrankungen _____
Medikamente _____
Laborbefund(e) beiliegend letzte(r) med. Bericht(e) beiliegend

Eine ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V ist dringend notwendig a. G. oben genannter Diagnose(n).

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes