

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung über
Ernährungstherapie gemäß §43 SGB V**

Name des Patienten: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Geburtsdatum: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Krankenkasse: _____

Zutreffende Indikation/en bitte ankreuzen (vom behandelnden Arzt auszufüllen):

Laborwerte vom: _____ sind **als Kopie** beigelegt

Stoffwechselerkrankungen

Adipositas BMI: _____ Taillenumfang: _____ cm

Arterielle Hypertonie Blutdruck: _____ mm Hg

Dyslipoproteinämie Gesamtcholesterin: _____ mg/dl Triglyceride: _____ mg/dl
HDL- Cholesterin: _____ mg/dl LDL-Cholesterin: _____ mg/dl

Diabetes mellitus Typ _____
Nüchtern-Blutzucker: _____ mg/dl HbA1c -Wert: _____ % / mmol/mol

Hyperurikämie Harnsäure: _____ mg/dl

Nahrungsmittelallergie

Erkrankung der Verdauungsorgane (z.B. Laktoseintoleranz, Fruktosemalabsorption, Reizdarm)

Nierenerkrankungen (bitte erhöhte Werte und Diätverordnung angeben)

Lebererkrankungen

Sonstige Erkrankungen

Bitte achten Sie darauf, dass möglichst vollständige Vorbefunde vorliegen.

Laborwerte sind als Kopie beigelegt

Medizinische Berichte sind als Kopie beigelegt

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes