

Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen Beratung
§ 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

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

Indikationskatalog für eine diätetische Ernährung/Ernährungsumstellung

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose/Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Adipositas |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Untergewicht |
| <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht | <input type="checkbox"/> Polyarthrit |
| <input type="checkbox"/> Pankreaserkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus I /II | |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Gallenerkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie/ - intoleranz | |

Folgende Datenfelder bitte ausfüllen, sofern die Labordaten bekannt und für die Beratung notwendig sind (es kann auch ein extra Ausdruck mit den Laborwerten beigelegt werden)

Gesamtcholesterin	HDL	LDL	Triglyceride	
Blutzucker	HbA1c	Harnsäure	Kreatinin	TSH / fT3

Ergänzende Hinweise (z.B. Medikation):

Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

Praxisstempel:

Praxis für Ernährungsberatung

Karen Alberti

Ernährungsberaterin / DGE
staatl. anerk. Diätassistentin



Tel.: 0531 / 2 40 77 60 ■ www.ernaehrung-bs.de

Echternstr. 21 ● 38100 Braunschweig