

Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung nach § 20, § 43 SGB V

für

Name, Vorname

geboren am

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert. Um entsprechende Kostenübernahme wird im Namen des Patienten gebeten. Anzahl der Beratungen:

- Medikamentenplan
- Laborbefunde
- medizinische Berichte

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen

- Übergewicht/Adipositas** Größe Gewicht BMI
- Untergewicht**
- Diabetes mellitus** Typ1 Typ2 Insulinpflichtig:
 ja nein
- Bluthochdruck** RR:
- Hypercholesterinämie** Gesamt-CHOL: HDL: LDL:
- Hypertriglyceridämie** Triglyceride:
- Hyperuricämie** Harnsäure:
- Osteoporose**
- Lebensmittelunverträglichkeiten**

- Allergien**

- Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes**
- Krebserkrankungen**

- Essstörungen**

- Schilddrüsenerkrankung / Auffälligkeiten**
- Sonstige Erkrankungen**

Ich bitte um Zusendung eines Beratungsberichtes

telefonische Rücksprache

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes