

Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung/Ernährungstherapie
gemäß § 43 SGB V

Name des Patienten	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Postleitzahl und Wohnort	Krankenkasse
Körpergewicht (Kg)	Körpergröße (m)	BMI

Zutreffende Indikationen bitte ankreuzen (Vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

Adipositas und metabolisches Syndrom

- | | |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25-29,9) | <input type="checkbox"/> Übergewicht Kinder (> 90. Perzentile) |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI > 30) | <input type="checkbox"/> Adipositas Kinder (> 97. Perzentile) |
| <input type="checkbox"/> Adipositas permagna | <input type="checkbox"/> Planung Bariatrische Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht |

Dyslipoproteinämie und Arteriosklerose

- Fettstoffwechselstörung
(Gesamtcholesterin: _____ mg/dl HDL: _____ mg/dl
(Triglyzeride: _____ mg/dl LDL: _____ mg/dl)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen _____

Diabetes mellitus

- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 HbA1C-Wert: _____ %
- Gestationsdiabetes Sonstiges _____

weitere Indikationen:

- Onkologische Erkrankungen _____ Essstörung _____
- Untergewicht/Mangelernährung _____
- Erkrankung der Verdauungsorgane _____
- Nahrungsmittel-Intoleranzen (Laktose, Fruktose, Gluten) _____
- Osteoporose Rheuma Gelenkerkrankungen Sonstiges _____

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes