

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Hiermit wird die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungstherapie gemäß § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V für genannten Patienten/Patientin bestätigt.

Stempel/Unterschrift des Arztes

Relevante Therapiedaten (vom Arzt ausfüllen lassen):

Zutreffende Indikation/Begleiterkrankungen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI < 18,5) | <input type="checkbox"/> Mangelernährung |
| <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"/> Bluthochdruck | RR: _____ mmHg * |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht | Harnsäure: _____ mg/dl * |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen | Gesamtcholesterin: _____ mg/dl * |
| | HDL/LDL: _____ mg/dl/ _____ mg/dl* |
| | Triglyceride: _____ mg/dl * |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> HbA1c-Wert: _____ %* |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung des Magen-Darm-Traktes: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | Kreatinin: _____ mg/dl * <input type="checkbox"/> Dialyse: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien/Intoleranzen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen/Zustand nach Krebserkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Essstörung: | _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ |
- *letzte **Laborwerte** vom: _____ sind **als Kopie** beigelegt.

Aktuelle Therapie/Medikation:

- Bitte um Zusendung eines Beratungsberichtes** (falls gewünscht, bitte ankreuzen)