

# 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 \_\_\_\_\_

**Zutreffende Indikation/-en bitte ankreuzen**      **letzte Laborwerte vom:** \_\_\_\_\_  
(Vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

Adipositas \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_  
Diabetes mellitus Medikation \_\_\_\_\_ Nüchtern-Blutzucker: \_\_\_\_\_ mg/dl  
Typ \_\_\_\_\_ HbA1c \_\_\_\_\_ %  
OAD: \_\_\_\_\_ Insulin: \_\_\_\_\_

Fettstoffwechselstörung \_\_\_\_\_ Gesamtcholesterin: \_\_\_\_\_ mg/dl  
HDL: \_\_\_\_\_ mg/dl      LDL: \_\_\_\_\_ mg/dl      Triglyzeride: \_\_\_\_\_ mg/dl

Bluthochdruck \_\_\_\_\_ RR: \_\_\_\_\_ mm Hg  
Hyperurikämie \_\_\_\_\_ Harnsäure: \_\_\_\_\_ mg/dl  
Tumorerkrankung \_\_\_\_\_ Gewichtsabnahme: \_\_\_\_\_ kg/Zeit \_\_\_\_\_  
Albumin: \_\_\_\_\_ g/l  
CRP: \_\_\_\_\_ mg/dl  
Mangelernährung \_\_\_\_\_ Eisen: \_\_\_\_\_ µg/dl  
Albumin: \_\_\_\_\_ g/l

Nahrungsmittelallergie \_\_\_\_\_  
Bezeichnung \_\_\_\_\_

Nahrungsmittel-Intoleranzen  
(Laktose, Fruktose, Gluten) \_\_\_\_\_  
Bezeichnung \_\_\_\_\_

Osteoporose \_\_\_\_\_  
Erkrankung der Verdauungsorgane \_\_\_\_\_  
Bezeichnung \_\_\_\_\_

Nierenerkrankung \_\_\_\_\_  
Bezeichnung \_\_\_\_\_  
Dialysepflicht \_\_\_\_\_ Serum-Kreatinin: \_\_\_\_\_ mg/dl  
Harnstoff: \_\_\_\_\_ mg/dl  
Kalium: \_\_\_\_\_ mmol/l  
Calcium: \_\_\_\_\_ mmol/l

Diätverordnung: \_\_\_\_\_  
Sonstiges \_\_\_\_\_

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes