Ärztliche Bescheinigung

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

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

Indikation:

(vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

☐ **Adipositas** BMI:_____

☐ **Fettstoffwechselstörung** Gesamtcholesterin: _____mg/dl
HDL: _____mg/dl LDL: _____mg/dl Triglyceride: _____mg/dl

☐ **Nahrungsmittel- Intoleranzen**
(Laktose, Fruktose, Gluten) _____
Bezeichnung

☐ **Nahrungsmittelallergien** _____

_____
Bezeichnung

☐ **Diabetes mellitus** $HbA1_c$:_____

☐ OAD: _____ ☐ Insulin: _____

☐ **Sonstiges** _____

_____

_____
Stempel des Arztes Datum, Unterschrift des Arztes