

Ärztliche Bescheinigung

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

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

Zutreffende Indikationen/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	
Hyperuricämie	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

¹ Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 72 BMÄ/E-GO berechnungsfähig.