

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Datum:

Patienten-Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Wohnort	Telefon

Diagnose(n): Bitte Betreffendes ankreuzen, mit näherer Bezeichnung:

Größe	Gewicht	BMI	
Untergewicht			<input type="checkbox"/>
Adipositas			<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus, welcher?			<input type="checkbox"/>
Typ 1: <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> insulinpflichtig: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein			
Hypercholesterinämie			<input type="checkbox"/>
Letzte Chol.: LDL-Chol.: HDL-Chol.: TG:			
Sonstige Fettstoffwechselstörungen , welche?			<input type="checkbox"/>
Hypertonie:			<input type="checkbox"/>
RR:			
Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes , welche?			<input type="checkbox"/>
Allergie: , <input type="checkbox"/> welche? Lebensmittelintoleranz: <input type="checkbox"/> , welche?			
Lebererkrankungen , welche?			<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung , welche?			<input type="checkbox"/>
Essstörung , welche?			<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen/ Auffälligkeiten?			<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen , welche?			<input type="checkbox"/>
Medikamente			<input type="checkbox"/>

Laborbefunde beiliegend

Letzte mediz. Berichte beiliegend

Ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V dringend notwendig wegen o.g. Diagnose(n).

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes