Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung nach § 20, § 43 SGB V

für

Krankenkasse, Versichertennummer

Name, Vorname | geboren am

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert. Um entsprechende Kostenübernahme wird im Namen des Patienten gebeten.
Anzahl der Beratungen: ☐

☐ Medikamentenplan
☐ Laborbefunde
☐ medizinische Berichte

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen

☐ **Übergewicht/Adipositas**	Größe	Gewicht	BMI
☐ **Untergewicht**			
☐ **Diabetes mellitus**	☐ Typ1 ☐ Typ2	Insulinpflichtig: ☐ja ☐ nein	
☐ **Bluthochdruck**	RR:		
☐ **Hypercholesterinämie**	Gesamt-CHOL:	HDL:	LDL:
☐ **Hypertriglyceridämie**	Triglyceride:		
☐ **Hyperuricämie**	Harnsäure:		
☐ **Osteoporose**			
☐ **Lebensmittelunverträglichkeiten**			
☐ **Allergien**			
☐ **Erkrankungen des Magen-Darm- Traktes**			
☐ **Krebserkrankungen**			
☐ **Essstörungen**			
☐ **Schilddrüsenerkrankung / Auffälligkeiten**			
☐ **Sonstige Erkrankungen**			

Ich bitte um ☐ Zusendung eines Beratungsberichtes ☐ telefonische Rücksprache

Ort, Datum | Stempel, Unterschrift des Arztes