

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

_____ Name

_____ geboren am

_____ Straße, Hausnummer

_____ PLZ, Ort

Anzahl der Beratungen _____

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

- _____ Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2
- _____ Bluthochdruck RR:
- _____ Hypercholesterinämie Gesamt-CHOL: HDL: LDL:
- _____ Hypertriglyceridämie Triglyceride:
- _____ Hyperuricämie
- _____ Osteoporose
- _____ Lebensmittelunverträglichkeiten
- _____ Allergien
- _____ Krebserkrankungen
- _____ Magen-Darm-Erkrankungen
- _____ Übergewicht / Adipositas Gewicht: Größe:
- _____ Untergewicht Gewicht: Größe:
- _____ Sonstige Erkrankungen

Ich bitte um _____ **telefonische Rücksprache**
_____ **Zusendung eines Beratungsberichtes**

_____ Ort, Datum

_____ Stempel, Unterschrift des Arztes