

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Diättherapie / Ernährungsberatung gemäß §43 SGB V



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname	geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status

Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

ADIPOSITAS UND METABOLISCHES SYNDROM

- Übergewicht (BMI 25-29,9 / Kg / m²) Hyperurikämie / Gicht
 Adipositas (BMI > 30 / Kg / m²) Hypertonie

DYSLIPOPROTEINÄMIE UND ARTERIOSKLEROSE

- Fettstoffwechselstörung _____
 Herz-Kreislauf-Erkrankung _____

DIABETES MELLITUS

- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 HbA1c- Wert: _____ %
 Gestationsdiabetes Sonstiges _____
 Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes _____
 Erkrankungen der Schilddrüse _____
 Sonstiges _____

OSTEOPOROSE UND RHEUMATISCHE ERKRANKUNGEN

- Osteoporose Rheuma Gelenkerkrankungen

MANGELERNÄHRUNG / ESSSTÖRUNGEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN

- Untergewicht _____
 Essstörung etc. _____
 Intoleranzen _____

Datum / Stempel / Unterschrift des Arztes