

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung
zur ernährungstherapeutischen Beratung nach § 43 SGB V

Ärztin/Arzt: <p style="text-align: center;">Datum, Stempel und Unterschrift</p>	Praxis für Ernährungsberatung und -therapie Dipl.oec.troph. Antje Schrörs Lange Straße 53 31848 Bad Münder (0 50 42) 50 88 67 E-Mail: kontakt@gibm.de www.gesuender-in-bad-muender.de
---	---

Patientendaten:

Name	Vorname	geb. am
Straße, Hausnr.	PLZ, Wohnort	Telefon

Ernährungstherapeutische Beratung wegen folgender Diagnose(n) notwendig.

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Untergewicht/Übergewicht/Adipositas | BMI: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ess-Störungen | Welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | Hba1c: _____ Nüchtern-glucose: _____ |
| <input type="checkbox"/> Typ 1 | |
| <input type="checkbox"/> Typ 2 | |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen (in mg/dl) | HDL: _____ LDL: _____ TG: _____ |
| Gesamt-Cholesterin: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | RR: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lebensmittelunverträglichkeiten | Welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes | Welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | Welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | Welches: _____ |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | Welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen | Welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Medikamente: | |

- Laborbefunde beiliegend
 Letzte med. Berichte beiliegend
 Beratungsbericht gewünscht

Anzahl Beratungstermine:

Bitte eine Kopie für den Antrag des Patienten an die Krankenkasse anfertigen