

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für eine ernährungstherapeutische Beratung

Körpergröße \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

BMI \_\_\_\_\_

Perzentile \_\_\_\_\_

Die ernährungstherapeutische Beratung ist aus unten genannten Gründen medizinisch indiziert:

- Untergewicht (BMI < 18,5)
- Übergewicht/Adipositas
- Bluthochdruck RR \_\_\_\_\_ mmHg
- Hyperurikämie/Gicht Harnsäure \_\_\_\_\_ mg/dl
- Fettstoffwechselstörungen Gesamtcholesterin \_\_\_\_\_ mg/dl  
LDL \_\_\_\_\_ mg/dl HDL \_\_\_\_\_ mg/dl  
Triglyceride \_\_\_\_\_ mg/dl
- Diabetes mellitus, Typ 2 HbA1c \_\_\_\_\_ %
- Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten \_\_\_\_\_
- Neurodermitis
- Osteoporose
- Mangelernährung
- Erkrankungen der Verdauungsorgane
- Sonstige Indikationen \_\_\_\_\_

Bemerkungen \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Zusendung eines Beratungsberichts erwünscht

**Die Kosten der Ernährungsberatung/-therapie belasten nicht das Budget des behandelnden Arztes.**

Stempel/Unterschrift des Arztes