



**ÄRZTLICHE NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG EINER
ERNÄHRUNGSBERATUNG NACH § 43 ABS. 2 SGB V / § 20 ABS. 1 SGB V**

_____ Vor- und Nachname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße und Hausnummer	_____ PLZ und Ort
_____ Versichertennummer	_____ Krankenkasse

Eine Ernährungstherapeutische Intervention nach § 43 Abs. 2 SGB V / § 20 Abs. 1 SGB V durch einen/e Diätassistent/in ist notwendig.

- Medikamentenplan Laborbefunde Medizinische Berichte

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen

- | | | | |
|--|---|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Adipositas | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht | Größe | Gewicht | BMI |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2
HbA1C: | Insulinpflichtig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Insulintherapie: | |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | RR: | | |
| <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie | Gesamt – CHOL: | HDL: | LDL: |
| <input type="checkbox"/> Hypertriglyceridämie | Triglyceride: | | |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie | Harnsäure: | | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | | | |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes | _____ | welche? | |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel-unverträglichkeiten | _____ | welche? | |
| <input type="checkbox"/> Allergien | _____ | welche? | |
| <input type="checkbox"/> Essstörung | _____ | welche? | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen | _____ | welche? | |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | _____ | welche? | |

Ich bitte um Zusendung eines Beratungsberichts

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes