

Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung

Name	Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse
Straße, Nr.	PLZ, Ort	Telefonnummer	Versicherungsnummer
Körpergröße		Gewicht	BMI

Zutreffende Indikation:

(vom Arzt ausfüllen lassen)

letzte Laborwerte vom: _____

- Untergewicht (BMI < 18,5)
- Übergewicht (BMI 25-29,9) Übergewicht bei Kindern: > 90. Perzentile
- Adipositas (BMI > 30) Adipositas bei Kindern: > 97. Perzentile
- Bluthochdruck RR: _____ mmHg

- Hyperurikämie / Gicht Harnsäure: _____ mg/dl

- Fettstoffwechselstörung Gesamtchol.: _____ mg/dl
- HDL/LDL: _____ mg/dl _____ mg/dl
- Triglyceride: _____ mg/dl

- Diabetes Typ 1 Typ 2 HbA1c-Wert: _____ %

- Nahrungsmittelallergie/Intoleranzen _____
- Krebserkrankung/Mangelernährung
- Osteoporose
- Nierenerkrankung dialysepflichtig Kreatinin: _____ mg/dl

- Sonstiges _____

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

Vom Patienten auszufüllen

Ich beantrage aufgrund meiner ernährungsbedingten Erkrankung eine persönliche Ernährungsberatung (§ 43 SGB V) durch die Beraterin Frau Daniela Bieler und bitte meine Krankenkasse um Befürwortung der Therapie

Datum

Unterschrift

Datum/Stempel/Genehmigung der Krankenkasse