



Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung (§ 20 bzw. § 43 Satz 1 Nr.2 SGBV)

Name des Patienten: Vorname: Geburtsdatum:.....
Straße:..... PLZ, Ort:..... Telefon:
Krankenkasse: Vers.-Nr.:..... Körpergewicht (kg):
Körpergröße (m):

Zutreffende Indikation/-nen bitte ankreuzen Letzte Laborwerte vom.....
(vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

- Adipositas BM..... kg/m²

- Diabetes mellitus Medikation Nüchtern-Blutzucker..... mg/dl
Typ..... HbA1c..... mg/dl
Medikamente.....

- Fettstoffwechselstörung Gesamtcholesterin..... mg/dl
HDL..... mg/dl / LDL..... mg/dl Triglyceride..... mg/dl

- Bluthochdruck RR..... mmHg
- Hyperurikämie Harnsäure..... mg/dl
- Mangelernährung Eisen..... g/dl
Albumin..... g/l

- Nahrungsmittelallergien Bezeichnung.....
Nahrungsmittelintoleranzen Bezeichnung.....
(Fructose, Laktose, Gluten)

- Erkrankung der Verdauungsorgane Bezeichnung.....

- Nierenerkrankung Serum-Kreatinin..... mg/dl
Dialysepflicht Harnstoff..... mg/dl
Kalium..... mmol/l
Calcium..... mmol/l

Diätverordnung _____

Sonstiges _____