

## Ärztliche NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG

für die ernährungstherapeutische Beratung gemäß § 43 SGB V

Name des Patienten	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Wohnort	Telefon
Krankenkasse	Versicherungsnummer	

Ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V ist dringend notwendig wegen folgender Diagnose(n):

<input type="checkbox"/>	<b>Übergewicht</b>	Größe	Gewicht	BMI
<input type="checkbox"/>	<b>Diabetes mellitus</b> , welcher? Typ 1: o      Typ 2: o      insulinpflichtig: o ja / o nein Gestationsdiabetes Nüchternblutzucker      mg/dl HbA1c      %			
<input type="checkbox"/>	<b>Fettstoffwechselstörung</b> Gesamtcholesterin      mg/dl      LDL      mg/dl HDL      mg/dl      Triglyzerid      mg/dl sonstige <b>Fettstoffwechselstörungen</b> , welche?			
<input type="checkbox"/>	<b>Hyperurikämie/Gicht</b>		Harnsäure	mg/dl
<input type="checkbox"/>	<b>Bluthochdruck</b> RR      mm HG			
<input type="checkbox"/>	<b>Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes</b> , welche?			
<input type="checkbox"/>	<b>Nahrungsmittelunverträglichkeiten</b> , welche?			
<input type="checkbox"/>	<b>Krebserkrankung</b> , welche?			
<input type="checkbox"/>	<b>Mangelernährung</b> Größe      Gewicht      BMI			
<input type="checkbox"/>	<b>Leber- und Gallenwegserkrankungen</b> , welche?			
<input type="checkbox"/>	<b>Essstörung</b> , welche?			
<input type="checkbox"/>	<b>Schilddrüsenerkrankungen</b> , welche?			
<input type="checkbox"/>	<b>Sonstige Erkrankungen</b> , welche?			
<input type="checkbox"/>	<b>Medikamente</b>			

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes