

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Datum:

Patienten-Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Wohnort	Telefon

Diagnosen(n): Bitte Betreffendes ankreuzen, mit näherer Bezeichnung:

	Größe m	/ Gewicht kg	/ BMI		<input type="checkbox"/>
Untergewicht					<input type="checkbox"/>
Adipositas					<input type="checkbox"/>
Essstörung:	Bulimie <input type="checkbox"/>	Anorexia <input type="checkbox"/>	Binge eating <input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus, welcher?					<input type="checkbox"/>
Typ 1: <input type="checkbox"/> Typ 2: <input type="checkbox"/> insulinpflichtig: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein					
Hypercholesterinämie					<input type="checkbox"/>
Letzte Chol.: LDL-Chol.: HDL-Chol. TG:					
Sonstige Fettstoffwechselstörung , welche?					<input type="checkbox"/>
Hypertonie:					<input type="checkbox"/>
RR:					
Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, welche?					<input type="checkbox"/>
Allergie: <input type="checkbox"/> welche? Lebensmittelintoleranz: <input type="checkbox"/> welche?					<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung , welche?					<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung , welche?					<input type="checkbox"/>
Schilddrüsen-Erkrankung / Auffälligkeiten					<input type="checkbox"/>
Rheuma: <input type="checkbox"/> Gicht: <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen , welche?					<input type="checkbox"/>
Medikamente:					<input type="checkbox"/>

Laborbefunde beiliegend

letzte mediz. Berichte beiliegend

Ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V notwendig wegen o.g. Diagnose(n).

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes