

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

(die Zuweisung ist budgetneutral)

- Eine ernährungstherapeutischen Beratung gemäß § 43 Satz 1 Nr.1 SGB V durch einen qualifizierten Ernährungsberater ist notwendig.

Patientenname	Vorname
Strasse / Nr.	Postleitzahl, Ort
Geburtsdatum	Telefon

Zutreffende Indikation bitte ankreuzen:

	Größe m	/	Gewicht kg	/	BMI
<input type="checkbox"/> Adipositas					
<input type="checkbox"/> Untergewicht					
<input type="checkbox"/> Hypertonie RR:					
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen					
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen					
<input type="checkbox"/> Mangel- oder Fehlernährung					
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus					
<input type="checkbox"/> Hyperurikämie					
<input type="checkbox"/> Osteoporose					
<input type="checkbox"/> Lebensmittelintoleranz, welche?					
<input type="checkbox"/> Allergien, welche?					
<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes					
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung, welche?					
<input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen					
<input type="checkbox"/> Medikamente					

- Laborbefunde liegen bei Medizinische Berichte liegen bei
 Ich bitte um Zusendung eines Beratungsberichts nach Abschluss der Beratung

Ort, Datum

Stempel des Arztes