

Ärztliche Bescheinigung zur Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen Beratung nach §43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Arzt-Adresse/ Stempel und Unterschrift

Therapeuten-Adresse/ -Stempel und Unterschrift

Patientendaten

Name: _____

Straße, Hausnr.: _____

Geburtsdatum: : _____

Körpergröße (in m): _____

Letzte Labordaten vom: _____

Datum: _____

Vorname: _____

PLZ, Ort: _____/ _____

Krankenkasse: _____

Körpergewicht (in kg): _____

Labordaten liegen vor: ja nein

Angaben zur Indikation (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Übergewicht/ Adipositas

Diabetes mellitus

Typ 1 Typ 2

Fettstoffwechselstörung

Bluthochdruck

Hyperurikämie

Osteoporose

Krebserkrankung

Allergie

Nahrungsmittelintoleranz

Nierenerkrankung

Chronisch entzündliche Darmerkrankung

Colitis ulcerosa Morbus Crohn

Mangelernährung

Diät

Sonstiges

BMI: _____

Nüchternblutzucker (in mg/ dl): _____

HbA1c-Wert (in%): _____

Gesamt-Cholesterin (in mg/ dl): _____

Triglyzeride (in mg/ dl): _____

LDL (in mg/ dl): _____ HDL (in mg/ dl): _____

RR (in mmHg): _____/ _____

Harnsäure (in mg/ dl): _____

Knochendichte (T-Wert): _____

mit Gewichtsabnahme um _____ in _____

Gegen: _____

Gegen: _____

Serum-Kreatinin in mg/ dl): _____

Harnstoff (in mg/ dl): _____

Kalium (in mmol/ l): _____

Kalzium (in mmol/ l): _____

Akuter Schub Remissionsphase

CRP (in mg/ dl): _____

Albumin (in g/ dl): _____

Eisen (in µg/ dl): _____

welche: _____

