



Ärztliche Bescheinigung über die medizinische
Notwendigkeit einer Ernährungsberatung nach § 20, § 43 SGB V
für

Name, Vorname

geboren am

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert. Um entsprechende
Kostenübernahme wird im Namen des Patienten gebeten. Anzahl der Beratungen:

- Medikamentenplan
- Laborbefunde
- medizinische Berichte

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen

- Übergewicht/ Adipositas Größe Gewicht BMI
- Untergewicht
- Diabetes mellitus Typ1 Typ2 Insulinpflichtig:
 ja nein
- Bluthochdruck RR:
- Hypercholesterinämie Gesamt-CHOL: HDL: LDL:
- Hypertriglyceridämie Triglyceride:
- Hyperuricämie Harnsäure:
- Osteoporose
- Lebensmittelunverträglichkeiten

- Allergien

- Erkrankungen des Magen-Darm-
Traktes
- Krebserkrankungen

- Essstörungen

- Schilddrüsenerkrankung /
Auffälligkeiten
- Sonstige Erkrankungen

Ich bitte um Zusendung eines Beratungsberichtes

telefonische Rücksprache

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes