

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: 5

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

- Übergewicht/Adipositas Größe: Gewicht: BMI:
- Untergewicht
- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 Insulinpflichtig: Ja Nein
- Bluthochdruck RR:
- Hypercholesterinämie Gesamt Chol: HDL: LDL:
- Hypertriglycerinämie Triglyceride:
- Hyperuricämie Harnsäure:
- Osteoporose
- Lebensmittelunverträglichkeiten: _____

 Allergien: _____

- Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes: _____
- Krebserkrankungen
- Essstörungen
- Schilddrüsenerkrankung /-auffälligkeiten
- Sonstige Erkrankungen: _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes