

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

Krankenkasse:

Name	geb. am	wh. in
------	---------	--------

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

- Medikamentenplan
- Laborbefunde
- Medizinische Berichte

Zutreffende Indikationen bitte ankreuzen:

- Übergewicht/Adipositas Größe Gewicht BMI
- Untergewicht
- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2
- Insulin:
- Ja
- nein
- Bluthochdruck RR / mmHg
- Hypercholesterinämie Gesamt-Chol.: HDL: LDL:
- Hypertriglyceridämie Triglyceride:
- Hyperuricämie Harnsäure:
- Osteoporose
- Lebensmittelunverträglichkeiten
- Allergien
- Erkrankung des Magen-Darm-Traktes
- Krebserkrankungen
- Essstörungen
- Schilddrüsenauffälligkeiten
- Sonstige Erkrankungen

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes