

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung**Datum:**

Patienten-Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Wohnort	Telefon

Diagnose(n): Bitte Betreffendes ankreuzen, mit näherer Bezeichnung:

BMI	kg/m ²	Größe	m / Gewicht	kg	<input type="checkbox"/>
Untergewicht					<input type="checkbox"/>
Adipositas					<input type="checkbox"/>
Hypertonie:					<input type="checkbox"/>
Letzte RR:					<input type="checkbox"/>
Hypercholesterinämie					<input type="checkbox"/>
Letzte Chol.:		LDL-Chol.:	HDL-Chol.:	TG:	<input type="checkbox"/>
Sonstige Fettstoffwechselstörung , welche?					<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus , welcher?					<input type="checkbox"/>
Typ 1: <input type="checkbox"/>		Typ 2: <input type="checkbox"/>		Insulinpflichtig: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen , welche?					<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes , welche?					<input type="checkbox"/>
Lebensmittelintoleranz: <input type="checkbox"/> , welche?					<input type="checkbox"/>
Allergien: <input type="checkbox"/> , welche?					<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung , welche?					<input type="checkbox"/>
Essstörung , welche?					<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen , welche?					<input type="checkbox"/>
Medikamente:					<input type="checkbox"/>

 Laborbefunde beiliegend Letzte mediz. Berichte beiliegend**Ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V dringend notwendig wegen o. g. Diagnose(n).**

Ort, Datum

Stempel /Unterschrift des Arztes