

# Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit  
einer ernährungstherapeutischen Beratung  
nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V



Zuweisung zur Ernährungsberatung für:

Name		Vorname	
Straße/Nr.		PLZ/Ort	
Geburtsdatum		KK	

## Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert.

- Medikamentenplan liegt bei
- Laborbefunde vom \_\_\_\_\_ liegen bei
- medizinische Berichte liegen bei

## Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

- Adipositas
- Untergewicht
- Bluthochdruck RR:
- Diabetes mellitus  Typ I  Typ II Insulinpflichtig:  ja  nein
- Hypercholesterinämie Gesamt-Chol: \_\_\_\_\_ HDL: \_\_\_\_\_ LDL: \_\_\_\_\_
- Hypertriglyceridämie Triglyceride: \_\_\_\_\_
- Hyperuricämie Harnsäure: \_\_\_\_\_
- Osteoporose
- Lebensmittelunverträglichkeiten Welche? \_\_\_\_\_
- Allergien Welche? \_\_\_\_\_
- Erkrankungen des Magen- Darm -Traktes
- Krebserkrankungen
- Sonstige Erkrankungen Welche? \_\_\_\_\_

Ich bitte um  telefonische Rücksprache zu Beginn der Beratung  
 Zusendung eines Beratungsberichtes bei Abschluss der Beratung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Arztes