

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

Name des/der Patienten/in _____

Geburtsdatum _____

Anschrift: _____

Krankenkasse _____

Zutreffende Indikation bitte ankreuzen:

- Übergewicht / Adipositas BMI: _____ Percentile: _____
- Untergewicht BMI: _____
- Diabetes mellitus Typ: _____
- Hyperlipidämie Werte: _____
- Verdauungsstörungen Bezeichnung: _____
- Osteoporose
- Erkrankung der Verdauungsorgane Bezeichnung: _____
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten Bezeichnung: _____
- Sonstiges Bezeichnung: _____

Bemerkung: _____

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes