

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

Ausgestellt für:

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Anzahl der Beratungen:

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen

- ☐ **Übergewicht/Adipositas**
- ☐ **Untergewicht**
 - Größe
 - Gewicht
- ☐ **Diabetes mellitus** ·
 - Typ1
 - Typ2
 - Insulinpflichtig: Ja Nein
- ☐ **Bluthochdruck** RR:
- ☐ **Hypercholesterinämie**
 - Gesamt-CHOL:
 - HDL:
 - LDL:
- ☐ **Hypertriglyceridämie** Triglyceride:
- ☐ **Hyperuricämie** Harnsäure:
- ☐ **Osteoporose**
- ☐ **Lebensmittelunverträglichkeiten**
- ☐ **Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes**
- ☐ **Krebserkrankungen**
- ☐ **Essstörungen**
- ☐ **Schilddrüsenerkrankung / Auffälligkeiten**
- ☐ **Sonstige Erkrankungen:**

Ich bitte um

- ☐ Zusendung eines Beratungsberichtes
- ☐ telefonische Rücksprache

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes