

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Datum:

Patienten-Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Wohnort

Telefon

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

Untergewicht Größe (m) Gewicht (kg) BMI (kg/m²)
Adipositas

Diabetes Mellitus, welcher?

Typ 1 Typ 2 Insulinpflichtig: ja / nein

Hypercholesterinämie

LDL-Chol.:

HDL-Chol.:

TG:

Sonstige Fettstoffwechselstörungen, welche?

Hypertonie

RR:

Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes welche?

Allergie: , welche?

Lebensmittelintoleranz: , welche?

Lebererkrankungen , welche?

Essstörungen , welche?

Krebserkrankung , welche?

Schilddrüsen-Erkrankungen

Auffälligkeiten?

Sonstige Erkrankungen , welche?

Medikamente , welche?

Laborbefunde beiliegend

letzte medizinische Berichte beiliegend

Ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V dringend notwendig wegen o. g. Diagnose(n).

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes