

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		Geb.am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung / Diättherapie



Zutreffende Indikation/en bitte ankreuzen
(vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

Letzte Laborwerte vom: _____

Größe _____ **Gewicht** _____ **BMI** _____

Untergewicht

Übergewicht

Adipositas

Diabetes Mellitus Medikation

Nüchtern-Blutzucker: _____ mg/dl

Typ 1 Typ 2

HbA1c: _____ %

OAD : _____

Insulin: _____

Fettstoffwechselstörung

Gesamtcholesterin: _____ mg/dl

HDL: _____ mg/dl LDL: _____ mg/dl

Triglyceride: _____ mg/dl

Hypertonie

RR: _____ mm HG

Hyperuricämie

Harnsäure _____ mg/dl

Tumorerkrankung

Gewichtsabnahme : _____ kg/Zeit _____

Albumin: _____ g/l CRP: _____ mg/dl

Fehl-/ Mangelernährung

Eisen: _____ µg/dl Albumin: _____ g/dl

**Nahrungsmittelintoleranz/unverträglichkeit
(Laktose, Fruktose, Sorbit, Gluten)**

_____ Bezeichnung

Osteoporose / Osteopenie

Erkrankungen der Verdauungsorgane

_____ Bezeichnung

Nierenerkrankung

dialysepflichtig

_____ Bezeichnung

Lebererkrankungen

NASH

_____ Bezeichnung

GGT: _____ U/L GOT: _____ U/L GPT _____ U/L

Herz-Kreislaufkrankungen _____

Sonstige Erkrankungen _____

Medikamente: _____

Laborbefunde beiliegend (Kopie)

Letzte medizinische Berichte beiliegend (Kopie)

Stempel / Datum / Unterschrift des Arztes