

# Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Name des Patienten	Vorname	Geburtsdatum	
Straße	PLZ, Ort	Telefon	
Krankenkasse	Versicherungsnummer	Körpergewicht kg	Körpergröße m

**Zutreffende Indikation/en bitte ankreuzen**      **letzte Laborwerte vom:** \_\_\_\_\_  
(vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

**Übergewicht / Adipositas**      BMI: \_\_\_\_\_

**Diabetes Mellitus Medikation**      Nüchtern-Blutzucker: \_\_\_\_\_ mg/dl  
Typ: \_\_\_\_\_      HbA1c: \_\_\_\_\_ %  
OAD : \_\_\_\_\_      Insulin: \_\_\_\_\_

**Fettstoffwechselstörung**      Gesamtcholesterin: \_\_\_\_\_ mg/dl  
HDL: \_\_\_\_\_ mg/dl      LDL: \_\_\_\_\_ mg/dl      Triglyzeride: \_\_\_\_\_ mg/dl

**Bluthochdruck**      RR: \_\_\_\_\_ mm HG

**Hyperuricämie**      Harnsäure \_\_\_\_\_ mg/dl

**Tumorerkrankung**      Gewichtsabnahme : \_\_\_\_\_ kg/Zeit \_\_\_\_\_  
Albumin: \_\_\_\_\_ g/l      CRP: \_\_\_\_\_ mg/dl

**Mangelernährung**  
Eisen: \_\_\_\_\_ µg/dl      Albumin: \_\_\_\_\_ g/dl

**Nahrungsmittelintoleranz/unverträglichkeit (Laktose, Fruktose, Sorbit, Gluten)**      \_\_\_\_\_  
Bezeichnung

**Nahrungsmittelallergie**      \_\_\_\_\_  
Bezeichnung

**Osteoporose**

**Erkrankungen der Verdauungsorgane**      \_\_\_\_\_  
Bezeichnung

**Nierenerkrankung**      \_\_\_\_\_  
Bezeichnung

**Lebererkrankungen**      \_\_\_\_\_  
Bezeichnung  
GGT: \_\_\_\_\_ U/L      GOT: \_\_\_\_\_ U/L      GPT: \_\_\_\_\_ U/L

**Herz-Kreislaufkrankungen**

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes