



Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung (§ 20 bzw. § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V oder § 13 Patientenrechtegesetz)

Name des Patienten:..... Vorname:.....

Straße:..... PLZ, Ort:.....

Telefon:.....Krankenkasse:.....Vers. Nr.....

Körpergewicht (kg):.....Körpergröße (m):.....

Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung (§ 20 bzw. § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V oder § 13 Patientenrechtegesetz)

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

letzte Laborwerte vom:.....

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Adipositas | BMI:.....kg/m ²
Perzentile:..... |
| <input type="radio"/> Untergewicht | BMI:.....kg/m ²
Perzentile:..... |
| <input type="radio"/> Fettstoffwechselstörung | Gesamtcholesterin:.....mg/dl
HDL:.....mg/dl LDL:.....mg/dl
Triglyceride:.....mg/dl |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | RR.....mm Hg |
| <input type="radio"/> Hyperurikämie | Harnsäure.....mg/dl |
| <input type="radio"/> Tumorerkrankung | Gewichtsabnahme.....kg/Zeit.....
Albumin:.....g/l
CRP:.....mg/dl |
| <input type="radio"/> Mangelernährung | Eisen.....µg/dl
Albumin:.....g/l |
| <input type="radio"/> Nahrungsmittelunverträglichkeit
(Laktose, Gluten, Fruktose) | Bezeichnung:..... |
| <input type="radio"/> Osteoporose | Calcium:.....mmol/l |
| <input type="radio"/> Erkrankung der Verdauungsorgane | Bezeichnung:..... |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankung | Bezeichnung:..... |
| Dialysepflicht..... | Serum-Kreatinin:.....mg/dl
Harnstoff:.....mg/dl
Kalium:.....mmol/l |

Phenylketonurie

Phenylalanin:.....mg/dl

MSUD

Tyrosin:.....mg/dl

Leucin:.....mg/dl

Valin:.....mg/dl

Homocystinurie

Homocystein:..... μ mol/l

Homocystin:..... μ mol/l

Methionin:.....mg/dl

Cobalamin:..... μ g

Diätverordnung:.....

Sonstiges:.....

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift