

## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung über Diättherapie / Ernährungsberatung gemäß §43 SGB V (Die Zuweisung ist budgetneutral)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname :	geb. am:	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr. VK	gültig bis	Datum

Diagnose / Befund:

---



---



---



---

### Zutreffende Indikation/en für eine Ernährungsumstellung bitte ankreuzen (vom behandelnden Arzt auszufüllen)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI < 18,5)             | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung           |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen                    | <input type="checkbox"/> Osteoporose                       |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25-29,9)             | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                     |
| <input type="checkbox"/> Fehl- / Mangelkrankung                | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis /<br>Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI > 30)                 | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie                     |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie/ -intoleranzen | <input type="checkbox"/> Sonstiges                         |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ ____            |  |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung der Verdauungsorgane       |  |

Beratungsrelevante Laborwerte: (Kopie Laborbericht)

---

Beratungsrelevante Medikation:

---

Datum Stempel/ Unterschrift des behandelnden Arztes