# Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen Beratung
**§ 43** Satz 1 Nr. 2 SGB V

| | | |
|---|---|---|
| Name des Patienten | Vorname | Geburtsdatum |
| Straße | Telefon | Krankenkasse + Vers.nummer |
| PLZ, Ort | Körpergewicht kg | Körpergröße m |

**Zutreffende Indikation/-en bitte ankreuzen** **letzte Laborwerte vom:** _____
(Vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

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

Hyperurikämie — Harnsäure: _____ mg/dl

Tumorerkrankung — Gewichtsabnahme: _____kg/Zeit_____

Albumin: _____ g/l

CRP: _____ mg/dl

Mangelernährung — Eisen: _____ µg/dl

Albumin: _____ g/l

Nahrungsmittelallergie — _____ Bezeichnung

Nahrungsmittel-Intoleranzen (Laktose, Fruktose, Gluten) — _____ Bezeichnung

Osteoporose

Erkrankung der Verdauungsorgane — _____ Bezeichnung

Nierenerkrankung — _____ Bezeichnung

Dialysepflicht ____ — Serum-Kreatinin: _____ mg/dl

Harnstoff: _____ mg/dl

Kalium: _____ mmol/l

Calcium: _____ mmol/l

Diätverordnung: _____

_____

Sonstiges _____

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes