

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

Für

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Krankenkasse

Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert.

Um entsprechende Kostenübernahme wird im Namen des Patienten gebeten.

Gewicht _____ kg

Größe _____ m

Zutreffende Indikationen bitte ankreuzen:

- Adipositas Untergewicht
- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 insulinpflichtig ja nein
- Bluthochdruck RR: _____
- Hypercholesterinämie Gesamt-Chol _____ HDL _____ LDL _____
- Hypertriglyceridämie Triglyceride _____
- Hyperurikämie Harnsäure _____
- Osteoporose
- Lebensmittelunverträglichkeiten | Welche? _____
- Allergien | Welche? _____
- Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes | Welche? _____
- Krebserkrankungen | Welche? _____
- Essstörung | Welche? _____
- Schilddrüsenerkrankungen | Welche? _____
- andere Erkrankung/en | Welche? _____
- Medikamente | Welche? _____

Dosierung/en? _____

- Medikamentenplan liegt bei Laborbefunde liegen bei medizinische Berichte liegen bei

Ich bitte um

- Zusendung eines Beratungsberichts telefonische Rücksprache
- zu Beginn der Beratung regelmäßig nach Abschluss der Beratung

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin/des Arztes

essen & kochen im blick _ ernährungsberatungspraxis und kochschule

Ann-Kristin Baumann, Ernährungswissenschaftlerin M.Sc., Ernährungsberaterin/DGE

Im Großacker 21, 79252 Stegen Tel. **07661 9882951** Fax **07661 9882954**

kontakt@essenundkochen-dreisamtal.de **www.essenundkochen-dreisamtal.de**



*essen & kochen
im blick*