

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung
Ernährungstherapie gemäß §43 SGB V

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Krankenkasse bzw. Kostenträger: _____
Versichertennummer: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Blutdruck: _____ Puls: _____

Indikationen (bitte ankreuzen)

- Erkrankungen bestimmter Organe (bitte unterstreichen)
Gastrointestinaltrakt, Pankreas, Leber, Schilddrüse,
Sonstige _____
- Stoffwechselerkrankung _____
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten _____

- Onkologische Erkrankung _____
- Neurologische Erkrankung _____
- Nephrologische Erkrankung _____

- Diabetes mellitus
- Hypertonie
- KHK
- Adipositas

- Besonderheiten & Hinweise an den Ernährungstherapeuten

Arztbrief/Entlassbericht (bitte in Kopie)

Laborwerte (bitte in Kopie)

Medikamente (bitte in Kopie)

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes