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

Patient:

Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert.

☐ Medikamentenplan liegt bei
☐ Laborbefunde liegen bei
☐ Berichte liegen bei

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

☐ **Adipositas** Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

☐ **Untergewicht**

☐ **Bluthochdruck** RR: _____

☐ **Diabetes mellitus** ☐**Typ I** ☐**Typ II** Insulinpflichtig: ☐ ja ☐ nein

☐ **Hypercholesterinämie** Gesamt-Chol: _____ HDL: _____ LDL: _____

☐ **Hypertriglyceridämie** Triglyceride: _____

☐ **Hyperurikämie** Harnsäure: _____

☐ **Osteoporose**

☐ **Lebensmittelunverträglichkeiten** welche**:** _____

☐ **Allergien** welche**:** _____

☐ **Magen-Darm-Erkrankungen** welche**:** _____

☐ **Krebserkrankungen** welche**:** _____

☐ **Herz- / Gefäßerkrankungen** welche**:** _____

☐ **Sonstige Erkrankungen** welche**:** _____

_____

☐ Ich bitte um telefonische Rücksprache zu Beginn der Beratung

☐ Ich bitte um Zusendung eines Beratungsberichtes nach Abschluss der Beratung

_____

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

© 2020 - Praxis für Ernährungstherapie und Ernährungsberatung, Diplom Oecotrophologe & Ernährungsberater/DGE, Klaus Gerling, Horlecke 15, 58706 Menden
Tel. Praxis: 02373 / 9161202, www.ernaehrungspraxis-gerling.de, info@ernaehrungspraxis-gerling.de