



## 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.nr.
PLZ, Ort	Körpergewicht kg	Körpergröße m

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

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

Adipositas      BMI: \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus Medikation      Nüchtern-Blutzucker: \_\_\_\_\_ mg/dl

Typ \_\_\_\_\_      HbA1c \_\_\_\_\_ %

OAD: \_\_\_\_\_      Insulin: \_\_\_\_\_



Fettstoffwechselstörung

HDL: \_\_\_\_ mg/dl

LDL: \_\_\_\_ mg/dl

Gesamtcholesterin: \_\_\_\_ mg/dl

Triglyzeride: \_\_\_\_ mg/dl

Bluthochdruck

RR: \_\_\_\_ mm Hg

Hyperurikämie

Harnsäure: \_\_\_\_ mg/dl

Nierenerkrankung

---

Bezeichnung

Dialysepflicht \_\_\_\_

Serum-Kreatinin: \_\_\_\_ mg/dl

Harnstoff: \_\_\_\_ mg/dl

Kalium: \_\_\_\_ mmol/l

Calcium: \_\_\_\_ mmol/l

Diätverordnung:

Medikamente und Dosierung

Stempel des Arztes, Datum und Unterschrift  
des Arztes

Alternativ können Sie mir zusätzlich eine Kopie des aktuellen Labor zukommen lassen.  
Bitte fügen Sie eine Kopie des Operationsberichtes an.