



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 _____
Bezeichnung

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.