



**ÄRZTLICHE NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG EINER  
ERNÄHRUNGSBERATUNG NACH § 43 ABS. 2 SGB V / § 20 ABS. 1 SGB V**

_____ Vor- und Nachname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße und Hausnummer	_____ PLZ und Ort
_____ Versichertennummer	_____ Krankenkasse

Eine Ernährungstherapeutische Intervention nach § 43 Abs. 2 SGB V / § 20 Abs. 1 SGB V durch einen/e Diätassistent/in ist notwendig.

- Medikamentenplan       Laborbefunde       Medizinische Berichte

**Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen**

<input type="checkbox"/> Adipositas	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Untergewicht	Größe	Gewicht	BMI
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 HbA1C:	Insulinpflichtig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Insulintherapie:	
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	RR:		
<input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie	Gesamt – CHOL:	HDL:	LDL:
<input type="checkbox"/> Hypertriglyceridämie	Triglyceride:		
<input type="checkbox"/> Hyperurikämie	Harnsäure:		
<input type="checkbox"/> Osteoporose			
<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	_____		
	welche?		
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel- unverträglichkeiten	_____		
	welche?		
<input type="checkbox"/> Allergien	_____		
	welche?		
<input type="checkbox"/> Essstörung	_____		
	welche?		
<input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen	_____		
	welche?		
<input type="checkbox"/> Medikamente	_____		
	welche?		

Ich bitte um Zusendung eines Beratungsberichts

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes