



## Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung<sup>1</sup>  
**§ 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V**

Name des Patienten	Vorname	Geburtsdatum	
Straße	PLZ, Ort	Telefon	
Krankenkasse	Vers. nummer	Körpergröße (m)	Gewicht (kg)

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

<input type="checkbox"/> Adipositas	BMI: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Medikation	Nüchtern-Blutzucker: _____ mg/dl
Typ _____	HbA1c _____ %
OAD: _____	Insulin: _____
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	Gesamtcholesterin: _____ mg/dl
HDL: _____ mg/dl	LDL: _____ mg/dl
	Triglyzeride: _____ mg/dl
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	RR: _____ mm Hg
<input type="checkbox"/> Hyperuricämie	Harnsäure: _____ mg/dl
<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung	Gewichtsabnahme: _____ kg/Zeit _____
	Albumin: _____ g/l
	CRP: _____ mg/dl
<input type="checkbox"/> Mangelernährung	Eisen: _____ µg/dl
	Albumin: _____ g/l
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie	_____ Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel-Intoleranzen (Laktose, Fruktose, Gluten)	_____ Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Osteoporose	
<input type="checkbox"/> Erkrankung der Verdauungsorgane	_____ Bezeichnung
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	_____ Bezeichnung
Dialysepflicht _____	Serum-Kreatinin: _____ mg/dl
	Harnstoff: _____ mg/dl
	Kalium: _____ mmol/l
	Calcium: _____ mmol/l

Diätverordnung: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes

<sup>1</sup> Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01620 (neu) BMÄ/E-GO berechnungsfähig.