

ÄRZTLICHE NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG

Eine ernährungstherapeutische Beratung gemäß § 43 Abs.1 Nr. 1 SGB V
durch einen qualifizierten Ernährungsberater ist notwendig. (Die Zuweisung ist Budgetneutral)

Patientendaten

Name, Vorname: _____	
Straße, Nr.: _____	PLZ, Ort: _____
Krankenkasse: _____	Vers.-Nummer: _____
Telefon: _____	Geb.-Datum: _____

Indikator(en) für die ernährungstherapeutische Beratung:

Stoffwechselbeschwerden

- ☐ Adipositas (BMI > 30)
- ☐ Übergewicht (BMI > 25 mit Begleiterkrankung)
- ☐ Diabetes mellitus Typ 2
- ☐ Fettstoffwechselstörung

Form: _____

- ☐ Steatosis hepatis
- ☐ Hyperurikämie/Gicht
- ☐ Endometriose/PCO/Wechseljahrsbeschwerden

Magen-Darm-Störungen

- ☐ chron. entz. Darmerkrankung

Form: _____

- ☐ Reizdarm
- ☐ Obstipation/Diarrhoen/Reflux ösophagitis
- ☐ Gastritis
- ☐ Z.n. Cholezystektomie

Mangelernährung/Essstörungen

- ☐ Bulimie/Anorexie/Binge Eating
- ☐ Vitaminose

Form: _____

Lebensmittel-Unverträglichkeiten

- ☐ Fruktosemalabsorption
- ☐ Histaminintoleranz/unverträglichkeit
- ☐ Laktoseintoleranz/unverträglichkeit
- ☐ Zöliakie/Sprue/gluteninduzierte Enteropathie

☐ _____

Krebserkrankung

Form: _____

Sonstige Erkrankungen

- ☐ Hypertonie/Herz-Kreislaufkrankung
- ☐ Hyper-/Hypothyreose/Hashimoto thy./M. Basedow
- ☐ AMD
- ☐ Osteopenie/Osteoporose
- ☐ Rheumatoide Erkrankungen
- ☐ Nierenerkrankungen

Form: _____

- ☐ Epilepsie/MS/Migräne

☐ _____

☐ _____

Ort, Datum

Arztstempel/ Unterschrift des Arztes