

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

einer ernährungstherapeutischen Beratung nach § 43 SGB V

B.A. Ernährungsberatung
Ernährungsberaterin/DGE

Grüne Apotheke
Am Marktplatz 5
65779 Kelkheim
Tel. 0163-5534034

Arzt-Adresse/Stempel und Unterschrift

Patientendaten:

Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Telefonnummer: _____

Kostenträgerkennung: _____

Versicherten-Nr.: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

BMI: _____

Blutdruck: _____

Diagnose/ Verdachtsdiagnose (mögliche Indikationen siehe unten):

Folgende Anlagen liegen bei:

Laborwerte

Medizinische Befundberichte

Medikationsliste

Abschlussbericht erwünscht?

Nein

Ja

telefonische

schriftlich

Indikation(en) für die ernährungstherapeutische Beratung:

Adipositas BMI > 30

Fettstoffwechselstörung

Magenerkrankung

Übergewicht BMI > 25

Metabolisches Syndrom

Laktoseintoleranz

Untergewicht BMI < 18,5

Hypertonie

Fruktosemalabsorption

Gewichtsverlust, ungewollt

Hyperurikämie/Gicht

Histaminintoleranz

Essstörung

Osteoporose

Zöliakie/Sprue/gluten-

Mangel- und Fehlernährung

Krebserkrankung

induzierte Enteropathie

Diabetes mellitus Typ _____

Sonstiges _____