

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung****Datum:**

Patienten-Name	Vorname	Geburtsdatum Krankenkasse
Straße	Wohnort	Telefon

**Diagnose(n): Bitte Betreffendes ankreuzen, mit näherer Bezeichnung:**

Größe m / Gewicht kg / BMI kg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>
<b>Untergewicht</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Adipositas</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Diabetes mellitus, welcher?</b> Typ 1: <input type="checkbox"/> Typ 2: <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
<b>Hypercholesterinämie</b> Letzte Chol.:                  LDL-Chol.:                  HDL-Chol.:                  TG:	<input type="checkbox"/>
Sonstige <b>Fettstoffwechselstörung</b> , welche?	<input type="checkbox"/>
<b>Hypertonie:</b> RR:	<input type="checkbox"/>
<b>Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes</b> , welche? <b>Allergie:</b> <input type="checkbox"/> , welche? <b>Lebensmittelintoleranz:</b> <input type="checkbox"/> , welche?	<input type="checkbox"/>
<b>Lebererkrankungen</b> , welche?	<input type="checkbox"/>
<b>Krebserkrankung</b> , welche?	<input type="checkbox"/>
<b>Essstörung</b> , welche?	<input type="checkbox"/>
<b>Schilddrüsen-Erkrankungen / Auffälligkeiten?</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Sonstige Erkrankungen</b> , welche?	<input type="checkbox"/>
<b>Medikamente:</b>	<input type="checkbox"/>

 Laborbefunde beiliegend Letzte mediz. Berichte beiliegend**Ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V dringend notwendig wegen o. g. Diagnose(n).**

Ort, Datum

Stempel /Unterschrift des Arztes