

Stempel der entlassenden Klinik/ Abteilung

Datum: _____

E-Mail:
Telefonnummer:

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Zur ernährungstherapeutischen Beratung
gemäß § 43 SGB V

Patientendaten			
Name, Vorname:			
Krankenkasse:		Versichertennummer:	
Geburtsdatum:		BMI [kg/m ²]:	
Gewicht:		Größe:	
Laborwerte vom:		aktuelle Medikation:	
<input type="checkbox"/> siehe extra Blatt		<input type="checkbox"/> siehe extra Blatt	
Abschlussbericht: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		telefonisch <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/>	
Indikation(en) für die ernährungstherapeutische Beratung			
<input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI > 25 kg/m ²)	<input type="checkbox"/> Adipositas (BMI > 30 kg/m ²)	<input type="checkbox"/> Adipositas (BMI > 40 kg/m ²)	
<input type="checkbox"/> Planung bariatrische Chirurgie	<input type="checkbox"/> Gicht/Hyperurikämie	<input type="checkbox"/> Hypertonie	
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung:	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1	HbA1c:	
	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2	insulinpflichtig: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Gastrointestinale Erkrankung:	<input type="checkbox"/> Leber- und Gallenerkrankung:	<input type="checkbox"/> Pankreaserkrankung:	
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung:	<input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankung:	<input type="checkbox"/> Pneumologische Erkrankung:	
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf Erkrankung:	<input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung:	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz:	
<input type="checkbox"/> Nephrotisches Syndrom:	<input type="checkbox"/> Dialyse/Intervall:	<input type="checkbox"/> Allergie:	
<input type="checkbox"/> Intoleranz:	<input type="checkbox"/> Malabsorption:	<input type="checkbox"/> Untergewicht (<18,5 kg/m ²)	
		<input type="checkbox"/> Kau- und Schluckstörung	
<input type="checkbox"/> ungewollter Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/> Mangel- und Fehlernährung	<input type="checkbox"/> Osteoporose	
<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Morbus Parkinson	<input type="checkbox"/> Dermatologische Erkrankung	
<input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen:			
verordnete Diätprinzipien:			

Unterschrift
Ärztin/Arzt: _____