

Krankenkasse:		
Vorname, Name des Versicherten:		
Geburtsdatum:		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für Ernährungsberatung**  
(von der Arztpraxis auszufüllen)

Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Körpergröße:-----      Gewicht:-----      BMI:-----

**Indikationen:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht/Adipositas   | <input type="checkbox"/> Reflux   |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht   | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung   |
| <input type="checkbox"/> psychogene Essstörung<br>(z.B. Bulimie/Anorexie)                                   | <input type="checkbox"/> Zustand nach bariatrischem Eingriff  |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck/Hypertonie   | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus<br><input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung  |
| <input type="checkbox"/> Gicht/Hyperurikämie  | <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankung  |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung  | <input type="checkbox"/> Zöliakie/Sprue   |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung  | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel-Intoleranz:<br><input type="checkbox"/> Laktose <input type="checkbox"/> Fruktose <input type="checkbox"/> Sorbit <input type="checkbox"/> Histamin |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung   | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel-Allergie: .....   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges/weitere Ausführungen: .....  |   |

Folgende Anlagen liegen bei:

- Laborwerte       Medizinische Befundberichte       Medikationsliste

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes