

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

(Die Zuweisung ist budgetneutral)

ernährungstherapeutischen Beratung § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V für:

Vorname, Name des Patienten

Geburtstag des Patienten

Bitte entsprechende Indikation(en) ankreuzen

Magen- und Darmerkrankungen:	Stoffwechselstörungen:	Untersuchungsergebnisse vom: _____
<input type="checkbox"/> Reflux, Gastritis <input type="checkbox"/> Reizmagen / Reizdarm <input type="checkbox"/> Chronisch entzündliche Darmerkrankung <input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhö/Flatulenzen <input type="checkbox"/> Divertikulose/-itis <input type="checkbox"/> Glutenunverträglichkeit, Zöliakie <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen (Arteriosklerose/KHK/Hypertonie) <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung <input type="checkbox"/> Leberstoffwechselstörung / Fettleber <input type="checkbox"/> Harnsäurestoffwechsel / Hyperurikämie, Gicht <input type="checkbox"/> Glucosestoffwechsel (Diabetes Typ 1/2) <input type="checkbox"/> _____	BMI: _____ kg/m ² RR: _____ mmHg HbA1c: _____ % Chol: _____ mg/dl TG: _____ mg/dl HDL / LDL: _____ / _____ mg/dl Harnsäure: _____ mg/dl
Unverträglichkeiten:	Sonstige:	<input type="checkbox"/> Zwischen-/ Abschlussbericht gewünscht
<input type="checkbox"/> (Unspezifische) Nahrungsmittelunverträglichkeiten <input type="checkbox"/> Malabsorption <input type="checkbox"/> Intoleranzen <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Übergewicht/Adipositas Grad:____ <input type="checkbox"/> Untergewicht / Mangelernährung <input type="checkbox"/> Essstörung <input type="checkbox"/> Rheumatischer Formenkreis / Arthrose <input type="checkbox"/> ökologische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Burnout / Depressionen <input type="checkbox"/> _____	Datum, Stempel, Unterschrift behandelnder Arzt / Ärztin