

# Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen Beratung nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

## Zur Vorlage bei der Krankenkasse

für

Name, Vorname

geboren am

Adresse (Straße, Hausnummer, Ort)

### Diagnose / Befund:

- Übergewicht / Metabolisches Syndrom / Adipositas \_ : Größe: \_\_\_\_\_ m / Gewicht: \_\_\_\_\_ kg / BMI: \_\_\_\_\_
- Hypertonie (RR: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_)
- Fettstoffwechselstörung Werte: Gesamtchol.: \_\_\_\_\_ Triglyeride: \_\_\_\_\_ LDL: \_\_\_\_\_ HDL: \_\_\_\_\_
- Gicht, erhöhte Harnsäurewerte
- Osteoporose
- Zöliakie / Weizenallergie / Gluten- oder Weizensensitivität
- Laktose-Intoleranz
- Fruktose-Malabsorption
- Histamin-Intoleranz
- Reizdarmsyndrom (mit Obstipation, Diarrhoe oder Schmerzsymptomatik)
- Gastritis / Reflux / Sodbrennen
- Chronisch-entzündliche Darmerkrankung: \_\_\_\_\_
- Divertikulose / Divertikulitis
- Kurzdarmsyndrom
- Pankreatitis
- Rheuma
- Mangelernährung / Gewichtsverlust / Krebs
  
- Sonstiges: \_\_\_\_\_
  
- Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Auf Grund der Erkrankung ist bei der Patientin / dem Patient dringlich eine Schulungsmaßnahme für die ernährungsbedingte Erkrankung erforderlich.

Daher bitte ich um die Kostenübernahme bzw. Bezuschussung einer kurativen ernährungsmedizinischen Einzelberatung im Hinblick auf eine ernährungstherapeutischen Maßnahme nach § 43 (Satz 1, Nr. 2 SGB V).

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes

### Anmerkung für die Ernährungsberatung:

Ich bitte um  telefonische Rücksprache zu Beginn der Beratung

Zusendung eines Beratungsberichts bei Abschluss der Beratung