

Angaben des Versicherten

Name/Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Straße, Nr.:.....

PLZ, Wohnort:.....

Krankenkasse:.....      Versichertennummer:.....

**Ärztliche Bescheinigung  
 über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungstherapie nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V**

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/> Übergewicht (Adipositas)	Größe:	Gewicht:	BMI:
<input type="checkbox"/> Andere Essstörung			
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	Typ 1 / Typ 2	Insulinpflichtig ja / nein	
	BZ:	Hba1c:	
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	RR	mmHg	
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	Chol:	HDL:	LDL:      Trigl.:
<input type="checkbox"/> Hyperurikämie	Harnsäure:		
<input type="checkbox"/> Osteoporose			
<input type="checkbox"/> Fehl-/Mangelernährung			
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen			
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen			
<input type="checkbox"/> Allergien			
<input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen			

Therapie/Medikation (liegt bei)

Medikamentenplan

Laborbefunde

medizinische Berichte