

Ärztliche NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG über Ernährungstherapie § 43 SGB V

Name:		Vorname:	
Straße		Nr.:	
PLZ:		Ort:	
geb. am.:		Tel.:	

Größe	Gewicht	BMI	RR	Puls	Tallienumfang

ADIPOSITAS UND METABOLISCHES SYNDROM

- Übergewicht (BMI 25 – 29,9 / Kg / m²)
 Bauchumfang _____ cm
 Adipositas (BMI > 30 / Kg / m²)
 Hypertonie
 Hyperurikämie / Gicht

Bemerkung: _____

DYSLIPOPROTEINÄMIE UND ARTERIOSKLEROSE

- Fettstoffwechselstörung
 Herz-Kreislauf-Erkrankung

Bemerkung: _____

DIABETES MELLITUS

- Diabetes mellitus Typ 2 HbA1c- Wert: _____ %

Bemerkung: _____

GASTROINTESTINALORGANE UND WEITERES

- Erkrankungen des Gastro-Intestinal-traktes
 Erkrankungen der Leber und Gallenwege
 Erkrankungen der Pankreas
 Erkrankungen der Schilddrüse
 Onkologische Erkrankungen
 HIV und AIDS

Bemerkung: _____

NAHRUNGSMITTELUNVERTRÄGLICHKEITEN

- Allergien
 Intoleranzen
 Malabsorption

- Dermatologische Erkrankungen

Bemerkung: _____

NEPHROLOGISCHE ERKRANKUNGEN

- Niereninsuffizienz
 Nephrotisches Syndrom
 Urolithiasis

Bemerkung: _____

MANGELERNÄHRUNG

- Untergewicht

Bemerkung: _____

OSTEOPOROSE UND RHEUMATISCHE ERKRANKUNGEN

- Osteoporose Rheuma
 Gelenkerkrankungen

Bemerkung: _____

ESSTÖRUNGEN UND PSYCHOSOMATIK

- Magersucht Bulimie
 Depression

Bemerkung: _____

GERIATRISCHE ERKRANKUNGEN

- Kau- und Schluckstörungen
 Appetitlosigkeit
 Mangelernährung Demenz

Bemerkung: _____

Wichtige Laborwerte vom: _____ (sind als Kopie beigelegt)

Wichtige Medikation vom: _____ (sind als Kopie beigelegt)

Bitte unterrichten Sie mich über den Verlauf der Beratung / senden Sie mir einen Beratungsbericht zu.

Datum:

Stempel / Unterschrift des Arztes