

## 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 / m<sup>2</sup>)  
 Bauchumfang \_\_\_\_\_ cm  
 Adipositas (BMI > 30 / Kg / m<sup>2</sup>)  
 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**