

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen Nr.	Versicherten Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			
Telefon des Patienten						

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für eine ernährungstherapeutischen Beratung

Diagnose
Auftrag (bitte auch wichtige Befunde / Medikation angeben) / Verdacht
Patientenschulung zur dauerhaften Ernährungsumstellung
<input type="checkbox"/> als Einzelberatung <input type="checkbox"/> als Gruppenberatung

Die ernährungstherapeutische Beratung ist aus unten genannten Gründen medizinisch indiziert:

- r Adipositas (Übergewicht) Grad: _____; BMI: _____ kg/m² r
- r Chronisch entzündliche Darmerkrankungen r
- r Chronische Obstipation (Verstopfung) r
- r Diabetes mellitus, Typ 2; Gestationsdiabetes r
- r Divertikulose r
- r Essstörungen r
- r Hepatitis (Leberfunktionsstörungen) r
- r Hyperlipidämien (Fettstoffwechselstörungen) r
- r Hypertonie (Bluthochdruck) r
- r Hyperurikämie (Gicht) r
- r Irritables Kolon (Reizdarm) r
- r Laktoseintoleranz, Fruktosemalabsorption r
- r Lebensmittelallergien r
- r Malnutrition (Mangelernährung, Untergewicht) r
- r Neurodermitis r
- r Osteoporose r
- r Pankreatitis r
- r Refluxösophagitis, Gastritis r
- r Rheumatoide Arthritis r
- r Zöliakie, gluteninduzierte Enteropathie r

Stempel/ Datum
Unterschrift Arzt/Ärztin

Aktuelle Befunde (soweit vorliegen)

r aktuelles Körpergewicht*:	r Harnsäure*:	Medikation:
r Körpergröße*:	r Triglyceride*:	
r TSH*:	r Cholesterin*:	
r Gesamteiweiß (g/l):	r HDL*:	
r Serum Albumin (g/l):	r LDL*:	
r kleines Blutbild	r GOT*:	
r großes Blutbild	r GPT*:	
r Rast-Test/ Prick-Test	r Blutzucker*:	
* Diese Werte sind bei Adipositas wünschenswert	r HbA _{1c} *:	