

# Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Strasse, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
KV – Nummer

\_\_\_\_\_  
Körpergewicht kg

\_\_\_\_\_  
Körpergrösse cm

\_\_\_\_\_  
Telefon

**Zutreffende Indikation** (Bitte ankreuzen)  
(vom Arzt ausfüllen lassen)

letzte Laborwerte vom: \_\_\_\_\_

- Übergewicht (BMI 25 – 29,9)
- Bluthochdruck
- Fettstoffwechselstörungen:
- Diabetes mellitus:
- Hyperurikämie
- Nahrungsmittelallergien / Intoleranzen
- Untergewicht / Mangelernährung
- Osteoporose
- sonstige Indikation: \_\_\_\_\_
- 3 Individualberatungen
- Adipositas (BMI > 30)
- RR: \_\_\_\_\_ mmHg
- Gesamtcholesterin: \_\_\_\_\_ mg/dl
- HDL: \_\_\_\_\_ mg/dl
- LDL: \_\_\_\_\_ mg/dl
- Triglyceride: \_\_\_\_\_ mg/dl
- Typ 1
- Typ 2
- Harnsäure: \_\_\_\_\_ mg/dl
- 5 Individualberatungen

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

## Leistungsantrag

Ich beantrage aufgrund meiner ernährungsbedingten Erkrankung eine persönliche Ernährungsberatung (§ 43 SGB V)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)

\_\_\_\_\_  
Stempel/ Genehmigung der Krankenkasse