

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb.am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

(Die Zuweisung ist budgetneutral)

Eine ernährungstherapeutische Beratung gemäß § 43 SGB V durch einen qualifizierten Ernährungsberater ist notwendig.

Telefonnummer

Patienten/in _____

Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____ Blutdruck: _____

Diagnose(n):

<input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI < 18,5)	<input type="checkbox"/> Präadipositas (BMI 25 – 29,9)
<input type="checkbox"/> Normalgewicht (BMI 18,5-24,9)	<input type="checkbox"/> Adipositas Grad I (BMI 30 – 34,9)
<input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI > 25) →	<input type="checkbox"/> Adipositas Grad II (BMI 35 – 39,9)
	<input type="checkbox"/> Adipositas Grad III (BMI > 40)
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus, welcher?:	<input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2
<input type="checkbox"/> insulinpflichtig	
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung, welche? _____	
Gesamt-Chol.: _____	LDL-Chol.: _____
HDL-Chol.: _____	TG: _____
<input type="checkbox"/> Hypertonie	RR: _____ mmHg
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung, welche? _____	
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung, welche? _____	
<input type="checkbox"/> Lebererkrankung, welche? _____	
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung, welche? _____	
<input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht	
<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, welche? _____	
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien, welche? _____	
<input type="checkbox"/> Allergien, welche? _____	
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	

Sonstiges: _____

Folgende Anlagen liegen bei:

Laborwerte Befundberichte Medikamentenplan

Arztstempel/ Unterschrift des Arztes