

Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung nach § 20, § 43 SGB V

Krankenkasse, Versicherten-Nr.

Name, Vorname geb. am

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Größe: _____ Gewicht: _____ BMI(kg/m²): _____

Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert.
Um entsprechende Kostenübernahme wird im Namen des Patienten gebeten.

Indikation(en)

- Übergewicht/Adipositas Planung Bariatrische Chirurgie
- Diabetes mellitus Typ1 Typ2 Insulinpflichtig: ja nein HbA_{1c}: _____
- Stoffwechselerkrankung _____
- Erkrankung des Gastrointestinaltraktes _____
- Erkrankung der Leber und/oder Gallenwege _____
- Erkrankung des Pankreas _____
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten _____
- Onkologisch Erkrankungen Mangelernährung Kachexie
- Dysphagie
- Wundheilungsstörung Dekubitus
-
- Laborwerte sind als Kopie beigelegt
- Ich bitte um Zusendung eines Beratungsberichtes.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift