

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Datum:

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Wohnort	Telefon

Diagnose(n): Bitte Betreffendes ankreuzen:

- Adipositas, Grad: _____ BMI: _____ kg/m²
- Arthrose
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- Diabetes mellitus, Typ 2
- Fettstoffwechselstörungen
- Hyperlipidämien
- Hypertonie
- Hyperurikämie
- Irritables Kolon
- Krebserkrankung
- Laktoseintoleranz, Fruktoseintoleranz, Histaminintoleranz, Pseudoallergien
- Malnutrition
- Osteoporose
- Rheumatoide Arthritis
- Zöliakie, gluteninduzierte Enteropathie
- Sonstige Erkrankungen, welche: _____

- Medikamente, welche: _____

- Laborbefunde beiliegend

Bei dem/der oben genannten Patienten/in ist aufgrund der vorliegenden Diagnose(n) eine Ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V erforderlich.

Ort, Datum

Stempel/ Unterschrift Arzt/Ärztin