

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung



Name, Vorname

Straße, Hausnummer, Wohnort

Telefonnummer Geburtsdatum

Krankenkasse Versicherungsnummer

**Ernährungstherapeutische
Beratung
nach §43 SGB V notwendig**

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

- Laborbefunde beiliegend
- Letzte med. Berichte beiliegend

Diagnose(n): Bitte Betreffendes ankreuzen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas | <input type="checkbox"/> Reizdarm / Reizmagen |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Lebensmittelintoleranz |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen: |
| <input type="checkbox"/> Typ 1 | _____ |
| <input type="checkbox"/> Typ 2 | <input type="checkbox"/> Medikamente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Fettstoffwechselstörung | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie: RR _____ | |