

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

- Adipositas
- Allergien
- Diabetes mellitus
 - Typ 1
 - Typ 2
 - Insulinpflichtig
- Hypercholesterinämie
- Sonstige Fettstoffwechselstörung
- Hypertonie: RR _____

- Reizdarm / Reizmagen
- Lebensmittelintoleranz
- Sonstige Erkrankungen:

- Medikamente: _____

