

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für eine ernährungstherapeutische Beratung gemäß § 43 SGB V**

**Diagnose/Befund:** \_\_\_\_\_

**Patientendaten**

Name/Vorname : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Wohnhaft in : \_\_\_\_\_

Versicherung : \_\_\_\_\_

Versichertennummer : \_\_\_\_\_

**Indikationen für eine ernährungstherapeutische Beratung**

Adipositas BMI >30	Schilddrüsenerkrankung
Übergewicht BMI >25	Lebererkrankung
Untergewicht BMI <18,5	Pankreasinsuffizienz
Mangel- und Fehlernährung	Nierenerkrankung
Diabetes Mellitus Typ___	Chronisch entzündliche Darmerkrankung
Fettstoffwechselstörung	Divertikulose/Divertikulitis
Metabolisches Syndrom	Reizdarmsyndrom
Herz- Kreislauferkrankung	Gastritis
Hypertonie	Refluxösophagitis
Hyperurikämie /Gicht	Laktoseintoleranz
Rheumatische Erkrankung	Fruktosemalabsorption
Diarrhö	Nahrungsmittelallergie
Obstipation	Zöliakie

**Folgende Anlagen liegen bei**

Laborwerte	Befundberichte	Medikamentenliste
------------	----------------	-------------------

**Unterschrift, Stempel und Datum des behandelnden Arztes**