



Sandra Schneider
Praxis für Ernährungsberatung
& Ernährungstherapie

Großsteinberger Str. 28
04683 Naunhof
Beratung-Schneider@t-online.de
Tel.015156769837

Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung
§ 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Name des Patienten: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____ Telefon: _____

Körpergewicht kg: _____ Körpergröße cm: _____ KV-Nummer: _____

Zutreffende Indikationen/en bitte ankreuzen

(Vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

Adipositas

Diabetes mellitus

Typ _____

OAD: _____

Fettstoffwechselstörung

HDL: _____ mmol/l LDL: _____ mmol/l

Bluthochdruck

Hyperuricämie

Tumorerkrankung

Mangelernährung

Nahrungsmittelallergie

Nahrungsmittel-Intoleranzen
(Laktose, Fruktose, Gluten)

Osteoporose

Erkrankung der Verdauungsorgane

Nierenerkrankung
Dialysepflicht _____

letzte Laborwerte vom: _____

BMI: _____

Nüchtern-Blutzucker: _____ mmol/l

HbA1c _____ %

Insulin: _____

Gesamtcholesterin: _____ mmol/l

Triglyzeride: _____ mmol/l

RR: _____ mm Hg

Harnsäure: _____ mmol/l

Gewichtsabnahme: _____ kg/Zeit _____

Albumin: _____ g/l

CRP: _____ mmol/l

Eisen: _____ µg/dl

Albumin: _____ g/l

Bezeichnung: _____

Bezeichnung: _____

Bezeichnung: _____

Bezeichnung

Serum-Kreatinin: _____ mmol/l

Harnstoff: _____ mmol/l

Kalium: _____ mmol/l

Calcium: _____ mmol/l

Diätverordnung: _____

Sonstiges: _____

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes