



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