

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Datum:

<hr/>		
Patienten-Name	Vorname	Geburtsdatum
<hr/>		
Straße	Wohnort	Telefon

Diagnose(n): Bitte Betreffendes ankreuzen, mit näherer Bezeichnung:

<p>Größe ____ m / Gewicht ____ kg/ BMI ____ kg/m²</p> <p>➤ Untergewicht <input type="radio"/></p> <p>➤ Übergewicht <input type="radio"/></p> <p>➤ Adipositas <input type="radio"/></p> <p>➤ Adipositas Kinder/Jugendliche: > 90. Perzentile <input type="radio"/> > 97. Perzentile <input type="radio"/></p>	<input type="radio"/>
<p>Diabetes mellitus, welcher?</p> <p>Typ 1: <input type="radio"/> Typ 2: <input type="radio"/> insulinpflichtig: <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein</p> <p>HbA1c: _____</p>	<input type="radio"/>
<p>Hypercholesterinämie/Hypertriglyceridämie</p> <p>Letzte Chol.: _____ LDL-Chol.: _____ HDL-Chol.: _____ TG: _____</p> <p>Sonstige Fettstoffwechselstörung, welche?</p>	<input type="radio"/>
<p>Hypertonie</p> <p>RR: _____</p>	<input type="radio"/>
<p>Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, welche?</p>	<input type="radio"/>
<p>Lebensmittelintoleranz, welche?</p>	<input type="radio"/>
<p>Allergien, welche?</p>	<input type="radio"/>
<p>Hyperuricämie</p> <p>Serumharnsäurewerte: _____ mg/dl</p>	<input type="radio"/>
<p>Krebserkrankungen, welche?</p>	<input type="radio"/>
<p>Sonstige Erkrankungen, welche?</p>	<input type="radio"/>
<p>Medikamente:</p>	

 Laborbefunde beiliegend letzte med. Berichte beiliegend**Ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V dringend notwendig aufgrund o.g. Diagnose(n).**

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes