

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für eine ernährungstherapeutische Beratung (§43 SGB V)

Adresse / Stempel des zuweisenden Arztes / Unterschrift



Mit freundlicher Unterstützung von:
www.nutriception.de © 2008-2021

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Datum: _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm Früheres Normalgewicht: _____ kg

Diagnose(n) / Befund (ggf. ICD-Codes):

Medizinische Therapie und Medikation:

Ernährungstherapeutische Maßnahme (falls spezielle therapeutische Methoden und/oder eine besondere Vorgehensweise erforderlich sein sollte):

Die ernährungstherapeutische Beratung ist aus den unten genannten Gründen medizinisch indiziert:

- Adipositas (Grad: _____ BMI: _____) Übergewicht (BMI: _____) Waist-to-Hip-Ratio: _____
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (→ Morbus Crohn → Colitis Ulcerosa) Obstipation / Verstopfung
- Diarrhoe / Durchfall Diabetes mellitus (Typ 2 Typ 1) Divertikelkrankheit (Divertikulitis)
- Essstörungen → Anorexia Nervosa Binge Eating Disorder Bulimie
- Fettleber (NASH ASH) Gicht / Hyperurikämie Hauterkrankungen (Neurodermitis andere: _____)
- Herzerkrankungen Hepatitis (_____)
- Histamintoleranz HIV / AIDS / Immunol. Erkrankungen
- Hypertonie / KHK → RR: _____ / _____ (morgens) _____ / _____ (abends)
- Hyperlipoproteinämie (CHOL TG Sonstiges _____) Intoleranzen: Fructose Lactose Sorbit
- Nahrungsmittelallergie(n): _____
- Pollinosis / Kreuzallergie(n): _____
- Mangelernährung / Untergewicht / Malnutrition (BMI: _____) Nephrologische Erkrankung(en): _____
- Multiple Sklerose Onkologische Erkrankung(en): _____
- Osteoporose Pankreatitis Reizdarmsyndrom (RDS) Refluxösophagitis / Gastritis Rheuma
- Schilddrüsen-Unterfunktion Schilddrüsen-Überfunktion M. Hashimoto Zöliakie (Sprue, Glutenunverträglichkeit)
- Sonstiges: _____

LABORWERTE – Bitte, falls erforderlich und/oder sinnvoll, eine Kopie der letzten Befunde beifügen.

- | | | | | |
|--|--|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Triglyceride | <input type="checkbox"/> Gesamtcholesterin | <input type="checkbox"/> HDL | <input type="checkbox"/> LDL | <input type="checkbox"/> VLDL |
| <input type="checkbox"/> Serum Albumin | <input type="checkbox"/> Harnsäure | <input type="checkbox"/> Harnstoff | <input type="checkbox"/> Kreatinin | <input type="checkbox"/> GOT |
| <input type="checkbox"/> GPT | <input type="checkbox"/> Blutzucker | <input type="checkbox"/> HbA1c | <input type="checkbox"/> RAST | <input type="checkbox"/> PRICK |
| <input type="checkbox"/> HB | <input type="checkbox"/> CRP | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Mit freundlicher Unterstützung von:

nutriception
Praxis für Ernährungsberatung und -therapie
Dipl. oec. troph. Krisztian Mark Koczor



Bonner Straße 37 – 40589 Düsseldorf
Tel.: 0211 – 75 99 847
Mobil: 0179 – 37 37 370
Fax: 0211 – 79 517 00 | Email: info@nutriception.de

ZERTIFIKAT
ERNÄHRUNGSBERATER
VDOE
VERBAND DER
OECOTROPHOLOGEN E.V.
nutriception.de