

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

## Zuweisung zu einer Ernährungstherapie §43 SGB V Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Diagnosen / Befund:

---

**Indikation:**

- Nahrungsmittelallergien/ -unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_
- Zöliakie
- Bluthochdruck
- Hyperurikämie/Gicht
- Fettstoffwechselstörungen
- Osteoporose
- Diabetes mellitus     Typ 1     Typ 2
- Krebserkrankungen/Mangelernährung
- Nierenerkrankung
- Untergewicht (BMI < 18,5)
- Übergewicht (BMI 25-29,9)    Übergewicht bei Kindern:     > 90. Perzentile
- Adipositas (BMI >30)    Adipositas bei Kindern:     > 97. Perzentile
- \_\_\_\_\_

**Aktuelle Labor- und Blutdruckwerte:**

- Laborbefunde beiliegend                       Medizinische Berichte beiliegend
- Körpergröße: \_\_\_\_\_                      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg
- Blutdruckwerte: \_\_\_\_\_ mmHg                      HbA1c-Wert: \_\_\_\_\_ %
- Harnsäure: \_\_\_\_\_ mg/dl                      Kreatinin: \_\_\_\_\_ mg/dl
- Gesamtcholesterin: \_\_\_\_\_ mg/dl                      Triglyceride: \_\_\_\_\_ mg/dl
- HDL: \_\_\_\_\_ mg/dl                      LDL: \_\_\_\_\_ mg/dl
- Medikation: \_\_\_\_\_

Hiermit weise ich Ihnen oben genannte(n) Patienten zu.

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Stempel / Unterschrift des Arztes