

Praxis

Adresse

Telefon /
Fax /
E-Mail

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für die Ernährungstherapie als begleitend rehabilitative Maßnahme nach § 43 SGB V

Patient

Geburts-
Datum

Adresse

Krankenkasse

Meinem oben genannten Patienten bestätige ich hiermit die Notwendigkeit einer Ernährungstherapie wegen

Hauptdiagnosen

Zusatzdiagnosen

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Medizinische Daten / Untersuchungsbefunde:

Körpergröße	cm	BMI	kg/m ²	Taillenumfang	cm
Körpergewicht	kg	Blutdruck	mmHg		
Cholesterin	mg/dl	HDL	mg/dl	LDL	mg/dl
Triglyceride	mg/dl	Harnsäure	mg/dl	Kreatinin	mg/dl
Blutzucker	mg/dl	HbA1c	mg/dl	GGT	mg/dl

Nahrungsmittelunverträglichkeiten / zu berücksichtigende Lebensumstände