

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung über
Diättherapie / Ernährungsberatung gemäß § 43 SGB V**

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

Größe:	Gewicht:	BMI:
Taillenumfang:	Blutdruck:	Puls:

Adipositas und metabolisches Syndrom

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25 – 29,9 / Kg / m ²) | <input type="checkbox"/> Übergewicht Kinder (> 90. Perzentile) |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI > 30 / Kg / m ²) | <input type="checkbox"/> Adipositas Kinder (> 97. Perzentile) |
| <input type="checkbox"/> Adipositas permagna | <input type="checkbox"/> Planung Bariatrische Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht |

Dysliproteinämie und Arteriosklerose

- Fettstoffwechselstörung
- Herz-Kreislaufkrankung

Diabetes mellitus

- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 HbA1c-Wert:.....%
- Gestationsdiabetes sonstiges
- Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes
.....
- Erkrankungen der Leber und Gallenwege
.....
- Erkrankungen des Pankreas
.....
- Erkrankungen der Schilddrüse
.....
- Dermatologisch Erkrankungen
.....
- Onkologische Erkrankungen
.....
- HIV und AIDS
.....
- Sonstiges
.....

Nahrungsmittelunverträglichkeiten

- Allergien
- Intoleranzen
- Malabsorbtion

Nephrologisch Erkrankungen

- Niereninsuffizienz
- nephrotisches Syndrom
- Urolithiasis
- Dialyse / Intervall:
- Sonstiges

Osteoporose und rheumatische Erkrankungen

- Osteoporose Rheuma Gelenkerkrankungen

Mangelernährung

- Untergewicht
-

Esstörungen und Psychosomatik

- Essstörung
- Depression
- Sonstiges

Pädiatrische Erkrankungen

- Angeborene Stoffwechselerkrankung
- Fütterungsstörung
- Sonstiges

Geriatrische Erkrankungen

- Kau- und Schluckstörungen Appetitlosigkeit
- Mangelernährung Demenz
- Dekubitus Sonstiges

Laborwerte vom: sind **als Kopie** beigefügt

aktuelle Medikation vom: sind **als Kopie** beigefügt

Verordnete Diätprinzipien (z.B. Eiweißmenge, Trinkmenge...):

.....

.....

.....

.....

Datum / Stempel / Unterschrift des Arztes