

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Krankenversicherungsnummer _____

Geburtsdatum TTMMJJJJ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für Ernährungsberatung

(von der Arztpraxis bitte vollständig auszufüllen)

Indikationen:

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

Übergewicht/Adipositas
(Bitte Größe und Gewicht angeben.)

Untergewicht
(Bitte Größe und Gewicht angeben.)

Bei Erkrankungen mit chronischem Verlauf, bitte hier ankreuzen:

ICD 10: _____ (bitte immer angeben)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck/Hypertonie
<input type="checkbox"/> KHK/Herzinsuffizienz
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2
<input type="checkbox"/> Gicht/Hyperurikämie
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung
<input type="checkbox"/> Leber-/Gallen-Erkrankung
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/> Gastritis/Magen-Ulkus/Reflux
<input type="checkbox"/> Pankreaserkrankung
<input type="checkbox"/> Zustand nach bariatrischem Eingriff
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> Sonstiges/weitere Ausführungen: _____ | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung
<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung
<input type="checkbox"/> chronische oder chronisch rezidivierende Darmerkrankung
<input type="checkbox"/> Zöliakie/Sprue/Weizensensitivität
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel-Intoleranz:
<input type="checkbox"/> Laktose <input type="checkbox"/> Fruktose <input type="checkbox"/> Sorbit <input type="checkbox"/> Histamin
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel-Allergie: _____
<input type="checkbox"/> Essstörung/Fütterstörung
(z.B. Bulimie/Anorexie)
<input type="checkbox"/> Asthma/COPD
<input type="checkbox"/> Neurodermitis/Psoriasis |
|--|--|

Datum TTMMJJJJ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____