

**Ärztliche Bescheinigung**  
über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung  
§ 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Name des Patienten	Vorname	Geburtsdatum	
Straße	PLZ, Ort	Telefon	
Krankenkasse	Vers. nummer	Gewicht kg	Körpergröße m

Zutreffende Indikation/en bitte ankreuzen  
(Vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

letzte Laborwerte vom: \_\_\_\_\_

- Adipositas
- Diabetes mellitus Medikation  
Typ \_\_\_\_\_  
OAD: \_\_\_\_\_

BMI: \_\_\_\_\_  
Nüchtern-Blutzucker: \_\_\_\_\_ mg/dl  
HbA1c \_\_\_\_\_ %  
Insulin: \_\_\_\_\_

- Fettstoffwechselstörung  
HDL: \_\_\_\_\_ mg/dl      LDL: \_\_\_\_\_ mg/dl

Gesamtcholesterin: \_\_\_\_\_ mg/dl  
Triglyzeride: \_\_\_\_\_ mg/dl

- Bluthochdruck
- Hyperurikämie
- Tumorerkrankung

RR: \_\_\_\_\_ mm Hg  
Harnsäure: \_\_\_\_\_ mg/dl  
Gewichtsabnahme: \_\_\_\_\_ kg/Zeit \_\_\_\_\_  
Albumin: \_\_\_\_\_ g/l  
CRP: \_\_\_\_\_ mg/dl  
Eisen: \_\_\_\_\_ µg/dl  
Albumin: \_\_\_\_\_ g/l

- Mangelernährung

- Nahrungsmittelallergie

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung

- Nahrungsmittel-Intoleranzen  
(Laktose, Fruktose, Gluten)

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung

- Osteoporose

- Erkrankung der Verdauungsorgane

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung

- Nierenerkrankung

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung

Dialysepflicht \_\_\_\_\_

Serum-Kreatinin: \_\_\_\_\_ mg/dl  
Harnstoff: \_\_\_\_\_ mg/dl  
Kalium: \_\_\_\_\_ mmol/l  
Calcium: \_\_\_\_\_ mmol/l

Diätverordnung: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes