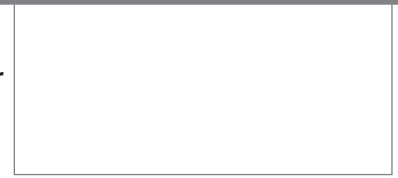


Ärztliche NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG über Diättherapie / Ernährungsberatung gemäß §43 SGB V



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

- Übergewicht (BMI 25 – 29,9 / Kg / m²)
- Adipositas (BMI > 30 / Kg / m²)
- Adipositas permagna
- Hypertonie
- Übergewicht Kinder (> 90. Perzentile)
- Adipositas Kinder (> 97. Perzentile)
- Planung Bariatrische Chirurgie
- Hyperurikämie / Gicht

DYSLIPOPROTEINÄMIE UND ARTERIOSKLEROSE

- Fettstoffwechselstörung _____
- Herz-Kreislauf-Erkrankung _____

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 _____

Dermatologische Erkrankungen _____

Onkologische Erkrankungen _____

HIV und AIDS _____

Sonstiges _____

Ärztliche NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG über Diättherapie / Ernährungsberatung gemäß §43 SGB V



NAHRUNGSMITTELUNVERTRÄGLICHKEITEN

- Allergien _____
- Intoleranzen _____
- Malabsorption _____

NEPHROLOGISCHE ERKRANKUNGEN

- Niereninsuffizienz _____
- Nephrotisches Syndrom _____
- Urolithiasis _____
- Dialyse / Intervall: _____
- Sonstiges _____

OSTEOPOROSE UND RHEUMATISCHE ERKRANKUNGEN

- Osteoporose
- Rheuma
- Gelenkerkrankungen

MANGELERNÄHRUNG

- Untergewicht _____
- _____

ESSSTÖRUNGEN 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 beigelegt
- Aktuelle Medikation vom: _____ sind als Kopie beigelegt

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

Datum / Stempel / Unterschrift des Arztes