

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

Krankenkasse	Kassen Nr.
Name, Vorname	geb. am
Wohnort	PLZ
Straße	Hausnummer
Versicherten-Nr.	VK gültig bis

Diagnose/Befund:

Indikationskatalog für eine diätetische Ernährung /Ernährungsumstellung

- | | | |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Adipositas | <input type="radio"/> Hypertonie | <input type="radio"/> Magen |
| <input type="radio"/> Hyperurikämie/Gicht | <input type="radio"/> Darmerkrankungen | <input type="radio"/> Galle |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Nahrungsmittelallergien | |
| <input type="radio"/> Fettstoffwechselstörungen | <input type="radio"/> Arteriosklerose/Herzinfarkt | |
| <input type="radio"/> Fehl-, Mangelernährung | <input type="radio"/> Niere | <input type="radio"/> Leber |
| <input type="radio"/> _____ | | |

Aktuelle Labor- und Blutdruckwerte, ggfs. Kopie des Labors beilegen:

Körpergewicht _____	Körpergröße _____
Blutdruckwerte _____	Harnsäure _____
Triglyceride _____	Ges.-Chol. _____
LDL-Chol. _____	HDL-Chol. _____
Blutzucker _____	Kreatinin _____
Sonstige _____	Medikation _____

Hiermit weise ich Ihnen oben genannte(n) Patient(in)

mit der Bitte um Zusendung eines Beratungsberichtes (falls gewünscht, bitte ankreuzen) zu.

Stempel/Unterschrift
Ärztin/Arzt

Datum _____

Sabine Puth
Ernährungsberaterin / DGE; staatl. anerk. Diätassistentin
Weilerer Weg 3, 56154 Boppard (Ortsteil Bad Salzig)
Tel.: 06742 / 941 98 21
info@praxis-puth.de