

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

für

Zuweisung zur

*Ernährungsberatung
Esther Natschack*

*Diplom-Oecotrophologin
Ernährungsberaterin VDO_E*

Postanschrift: Vellbrüggener Straße 13, 41469 Neuss

Telefon 02137 - 109681, www.ernaehrung-neuss.de

Name, Vorname

geboren am

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert. Um entsprechende Kostenübernahme wird im Namen des Patienten gebeten.

- Medikamentenplan liegt bei
- Laborbefunde liegen bei
- medizinische Berichte liegen bei

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen

- Adipositas** _____
- Untergewicht** Größe _____ Gewicht _____ BMI _____
- Diabetes mellitus** Typ 1 Typ 2 insulinpflichtig: ja nein
- Bluthochdruck** RR: _____
- Hypercholesterinämie** Gesamt-CHOL: _____ HDL: _____ LDL: _____
- Hypertriglyceridämie** Triglyceride: _____
- Hyperuricämie** Harnsäure: _____
- Osteoporose**
- Lebensmittel-unverträglichkeiten** _____
Welche? _____
- Allergien** _____
Welche? _____
- Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes** _____
Welche? _____
- Krebserkrankungen** _____
Welche? _____
- Essstörung** _____
Welche? _____
- Schilddrüsenerkrankung / Auffälligkeiten** _____
Welche? _____
- Sonstige Erkrankungen** _____
Welche? _____
- Medikamente** _____
Welche? _____

Ich bitte um Zusendung eines Beratungsberichts
 telefonische Rücksprache

zu Beginn der Beratung.
 regelmäßig.
 bei Abschluss der Beratung.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes