

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Zuweisung zu einer Ernährungstherapie §43 SGB V

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Diagnosen / Befund:

Indikation:

- Nahrungsmittelallergien/ -unverträglichkeiten: _____
- Zöliakie
- Bluthochdruck
- Hyperurikämie/Gicht
- Fettstoffwechselstörungen
- Osteoporose
- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2
- Krebserkrankungen/Mangelernährung
- Nierenerkrankung
- Untergewicht (BMI < 18,5)
- Übergewicht (BMI 25-29,9) Übergewicht bei Kindern: > 90. Perzentile
- Adipositas (BMI >30) Adipositas bei Kindern: > 97. Perzentile
- _____

Aktuelle Labor- und Blutdruckwerte:

- Laborbefunde beiliegend Medizinische Berichte beiliegend

Körpergröße: _____ m

Gewicht: _____ kg

Blutdruckwerte: _____ mmHg

Medikation: _____

Hiermit weise ich Ihnen oben genannten Patienten zu.

 Datum

 Stempel / Unterschrift des Arztes