

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Adresse des Versicherten		Geb. am
KassenNr.	VersichertenNr.	Status
BetriebsstättenNr.	ArztNr.	Datum

**Hiermit wird die medizinische
 Notwendigkeit einer Ernährungstherapie
 gemäß § 43 SGB V bestätigt.**

 Datum/ Stempel/ Unterschrift des Arztes

Telefonnummer Patient _____

Notwendigkeitsbescheinigung

Bitte alle zutreffenden relevanten Daten angeben:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI < 18,5) | <input type="checkbox"/> Mangelernährung |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25 – 29,9) | <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI > 30) |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht Kinder (> 90 Perzentile) | <input type="checkbox"/> Adipositas Kinder (> 97 Perzentile) |

Bariatrie, Art des geplanten Eingriffs: _____

betreuende Klinik: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

Hypertonie RR: _____ mm HG*

Hyperurikämie/Gicht Harnsäure: _____ mg/dl*

Fettstoffwechselstörung

Gesamtcholesterin: _____ mg/dl* LDL: _____ mg/dl*

HDL: _____ mg/dl* Triglyceride: _____ mg/dl*

Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 HbA1c: _____ %*

Herz-Kreislauferkrankung _____

Erkrankung Magen-Darm-Trakt _____

Nahrungsmittelallergie/Intoleranz _____

Krebserkrankung/ Zustand nach Krebserkrankung _____

Osteoporose Rheuma Gelenkerkrankung

Essstörung Depression

Sonstiges: _____

*aktuelle Laborwerte beigelegt

aktueller Medikamentenplan beigelegt

Bitte per Fax an 06241 977 091.