

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

Für

Zuweisung zu

.....
Name, Vorname

.....
geboren am

Anja Jung

Diplom-Oecotrophologin

Ernährungsberaterin/DGE

Rotdornallee 49

51503 Rösrath

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

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

- Medikamentenplan Laborbefunde medizinische Berichte

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen

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

Ich bitte um Zusendung eines Beratungsberichts
 telefonische Rücksprache

zu Beginn der Beratung
 regelmäßig
 bei Beratungsabschluss

.....
Ort/Datum

.....
Stempel, Unterschrift des Arztes