

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ärztliche Bescheinigung über die
medizinische Notwendigkeit einer
Ernährungsberatung (nach §§ 20, 43
SGB V)

Zutreffende Indikation bitte ankreuzen:

<p>Fehl- und Mangelernährung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Übergewicht <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Untergewicht <input type="checkbox"/> Malnutrition <input type="checkbox"/> Spezif. Mikronährstoffmangel <p>Stoffwechselerkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> gestörte Glucosetoleranz <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie <input type="checkbox"/> Hypertriglyceridämie <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Hyperurikämie <p>Gefäßerkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> paVK <input type="checkbox"/> Lip- und Lymphödem <p>Schilddrüsenerkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hypothyreose <input type="checkbox"/> Hyperthyreose <input type="checkbox"/> Hashimoto-Thyreoiditis <p>Skelett- und Gelenkerkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> rheumatoide Arthritis <input type="checkbox"/> Arthrose 	<p>Verdauungserkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Refluxerkrankung <input type="checkbox"/> Gastritis <input type="checkbox"/> Ulcus ventriculi / duodeni <input type="checkbox"/> Leberzirrhose <input type="checkbox"/> Cholecystolithiasis <input type="checkbox"/> chronische Pankreatitis <input type="checkbox"/> Kurzdarmsyndrom <input type="checkbox"/> Reizdarmsyndrom <input type="checkbox"/> Divertikulose <input type="checkbox"/> Divertikulitis <input type="checkbox"/> Morbus Crohn <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa <input type="checkbox"/> Zöliakie <p>Operationen im Verdauungstrakt</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cholecystektomie <input type="checkbox"/> Magenresektion <input type="checkbox"/> Whipple-OP <input type="checkbox"/> Darmresektion <p>Lebensmittelunverträglichkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz <input type="checkbox"/> Fructosemalabsorption <input type="checkbox"/> Sorbitintoleranz <input type="checkbox"/> Histaminose <input type="checkbox"/> Weizenintoleranz <input type="checkbox"/> Andere Lebensmittelallergien <p>Atemwegserkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Schlafapnoesyndrom 	<p>Hauterkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Akne <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Urtikaria <p>Nierenerkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> chronische Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> Dialyse <p>Gynäkologische Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Polyzystisches Ovarsyndrom <input type="checkbox"/> Endometriose <p>Neurologische Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Migräne <input type="checkbox"/> Appoplex <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Demenz <p>Essstörungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anorexia nervosa <input type="checkbox"/> Bulimia nervosa <input type="checkbox"/> Bing-eating-disorder <p>Weitere Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> onkologische Erkrankungen
---	--	---

Ich bitte um telefonische Rücksprache zu Beginn der Beratung. Telefonnummer: _____

Therapiebericht gewünscht?

- ja, per E-Mail
- nein

Folgende Angaben liegen vor:

- Laborwerte
- Befunde
- Medikationsliste

Anmerkungen zur Diagnose / zum Auftrag:

Datum, Praxisstempel, Unterschrift: