

|                                |                  |     |        |      |     |             |
|--------------------------------|------------------|-----|--------|------|-----|-------------|
| AOK                            | LKK              | BKK | IKK    | VdAK | AEV | Knappschaft |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |     |        |      |     |             |
| geb. am                        |                  |     |        |      |     |             |
| Kassen-Nr.                     | Versicherten-Nr. |     | Status |      |     |             |
| Vertragsarzt-Nr.               | VK gültig bis    |     | Datum  |      |     |             |
| Telefon des Patienten          |                  |     |        |      |     |             |

## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für eine ernährungstherapeutischen Beratung

|  |
|--|
| Diagnose   |
|  |
|  |
| Auftrag (bitte auch wichtige Befunde / Medikation angeben) / Verdacht                    |
| <b>Patientenschulung zur dauerhaften Ernährungsumstellung</b>                            |
| <input type="checkbox"/> als Einzelberatung <input type="checkbox"/> als Gruppenberatung |

Die ernährungstherapeutische Beratung ist aus unten genannten Gründen medizinisch indiziert:

- Adipositas (Übergewicht), Grad: \_\_\_\_; BMI: \_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>  \_\_\_\_\_
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen \_\_\_\_\_
- Chronische Obstipation (Verstopfung) \_\_\_\_\_
- Diabetes mellitus, Typ 2 \_\_\_\_\_
- Diarrhoe \_\_\_\_\_
- Divertikulose \_\_\_\_\_
- Fettunverträglichkeit \_\_\_\_\_
- Hepatitis (Leberfunktionsstörungen) \_\_\_\_\_
- Hyperlipidämien (Fettstoffwechselstörungen) \_\_\_\_\_
- Hypertonie (Bluthochdruck) \_\_\_\_\_
- Hyperurikämie (Gicht) \_\_\_\_\_
- Irritables Kolon (Reizdarm) \_\_\_\_\_
- Laktoseintoleranz, Fruktoseintoleranz  \_\_\_\_\_
- Lebensmittelallergien \_\_\_\_\_
- Malnutrition (Mangelernährung/Untergewicht) \_\_\_\_\_
- Neurodermitis \_\_\_\_\_
- Osteoporose \_\_\_\_\_
- Pankreatitis \_\_\_\_\_
- Refluxösophagitis, Gastritis \_\_\_\_\_
- Rheumatoide Arthritis \_\_\_\_\_
- Zöliakie, gluteninduzierte Enteropathie \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift  
Arzt/Ärztin

Aktuelle Befunde (soweit vorliegen):

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> aktuelles Körpergewicht: | <input type="checkbox"/> Harnsäure:    | <input checked="" type="checkbox"/> Medikation: |
| <input checked="" type="checkbox"/> Körpergröße:             | <input type="checkbox"/> Triglyceride: |   |
| <input type="checkbox"/> früheres Normalgewicht:             | <input type="checkbox"/> Cholesterin:  |   |
| <input type="checkbox"/> Gesamteiweiß (g/dl):                | <input type="checkbox"/> HDL:          |   |
| <input type="checkbox"/> Serum Albumin (g/dl):               | <input type="checkbox"/> LDL:          |   |
| <input type="checkbox"/> kleines Blutbild                    | <input type="checkbox"/> GOT:          |   |
| <input type="checkbox"/> großes Blutbild                     | <input type="checkbox"/> GPT:          |   |
| <input type="checkbox"/> RAST-Test                           | <input type="checkbox"/> Blutzucker:   |   |
| <input type="checkbox"/> Prick-Test                          | <input type="checkbox"/> Hb A1c        |   |

Ein Service von [www.praxis.christof-meinhold.de](http://www.praxis.christof-meinhold.de)