

**Ärztliche Bescheinigung
über die medizinische Notwendigkeit einer
ernährungstherapeutischen Beratung § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V**

Name _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Wohnort _____

Krankenkasse _____ Telefonnummer _____

Gewicht _____ Größe _____ letzte Laborwerte vom _____

Adipositas BMI: _____
 Diabetes mellitus Medikation Nüchtern-Blutzucker: _____ mg/dl
Typ _____ HbA1c: _____ %
OAD: _____ Insulin: _____

Fettstoffwechselstörung Gesamtcholesterin: _____ mg/dl
LDL: _____ mg/dl HDL: _____ mg/dl Triglyzeride: _____ mg/dl

Bluthochdruck RR: _____ mm Hg

Hyperurikämie Harnsäure: _____ mg/dl

Mangelernährung Eisen: _____ umol/l

Albumin: _____ g/l

Schilddrüse TSH basal _____ mE/l

Nahrungsmittel-Intoleranzen/ -Malabsorbtion (Laktose, Fruktose, Gluten)

Sonstiges: _____

Diätverordnung:

Medikamente, die für eine Diättherapie relevant sind: