

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung über eine Diättherapie/Ernährungsberatung  
(§20 bzw. §43 Satz 1 Nr. 2 SGB V)**

|                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| _____<br>Name des Patienten: | _____<br>Geburtsdatum:       |
| _____<br>Vorname:            | _____<br>Krankenkasse:       |
| _____<br>Straße:             | _____<br>Vers.-Nummer:       |
| _____<br>PLZ, Ort:           | _____<br>Körpergewicht (kg): |
| _____<br>Telefon:            | _____<br>Körpergröße (m):    |

**Zutreffende Indikation/en bitte ankreuzen.**

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adipositas   | letzte Laborwerte vom: _____         |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                                      | BMI: _____                           |
| Typ _____   | Nüchtern-Blutzucker: _____ mg/dl     |
| OAD: _____  | HbA1c: _____ %                       |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung                                | Insulin: _____                       |
| HDL: _____ mg/dl  | Gesamtcholesterin: _____ mg/dl       |
| LDL: _____ mg/dl  | Triglyceride: _____ mg/dl            |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie   | RR: _____ mm/Hg                      |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie  | Harnsäure: _____ mg/dl               |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung  | Gewichtsabnahme: _____ kg/Zeit _____ |
| Albumin: _____ g/l  | CRP: _____ µg/dl                     |
| <input type="checkbox"/> Mangelernährung  | Eisen: _____ µg/dl                   |
| Albumin: _____ g/l  | Albumin: _____ g/l                   |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie                                 | Bezeichnung: _____                   |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranzen (Laktose, Fruktose, Gluten) | Bezeichnung: _____                   |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose  |                                      |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen                              | Bezeichnung: _____                   |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung der Verdauungsorgane                        | Bezeichnung: _____                   |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung                                       | Bezeichnung: _____                   |
| <input type="checkbox"/> Dialysepflicht   | Serum-Kreatinin: _____ mg/dl         |
|   | Harnstoff: _____ mg/dl               |
|   | Kalium: _____ mmol/l                 |
|   | Kalzium: _____ mmol/l                |

Diätverordnung: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes