

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung
für eine ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V

(Formular zur Vorlage bei der Krankenkasse zur Kostenerstattung)

Ernährungstherapeutische Beratung für:

Name, Vorname:		geb.am	
Straße:			
PZL, Ort:			
Krankenversicherung:		Versicherungs-Nr.:	
Mit versichert bei Name, Vorname:		geb.am	
Telefon:	E-Mail:		

Diagnose:

Die ernährungstherapeutische Beratung ist aus u.g. Gründen medizinisch indiziert:

Adipositas (Grad: , BMI: kg/m ²) Hypertonie Refluxösophagitis, Gastritis Chronische Obstipation Chronisch entzündliche Darmerkrankungen Diabetes mellitus Typ 2 Divertikulose Diarrhoe Fettstoffwechselstörung Hypercholesterinämie Gallensteine Histaminintoleranz Hyperurikämie Sonstiges	Irritables Kolon (Reizdarm) Krebserkrankung Kreuzallergien Lactoseintoleranz Lebensmittelallergien Fructosemalabsorption Neurodermitis Osteoporose Pankreatitis Rheumatoide Arthritis Untergewicht Zöliakie, gluteninduzierte Enteropathie Nierensteine
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Aktuelle Laborwerte vom: _____
 (Bitte Kopie des Labors beilegen!)

Hiermit weise ich Ihnen oben genannte(n) Patient(in) zu, mit der Bitte um Zusendung des Beratungsberichts.

Datum / Adresse / Stempel des zuweisenden Arztes / Unterschrift