

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für eine Ernährungstherapie

Name, Vorname des Versicherten

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Geburtsdatum

Versichertennummer

Die Ernährungstherapie ist aus unten genannten Gründen indiziert (zutreffendes bitte ankreuzen):

- Adipositas, BMI:
- Ernährung bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen (z.B. PKU, Mukoviszidose)
- Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
- Bluthochdruck
- Fettstoffwechselstörungen
- Hyperurikämie und Gicht
- Nahrungsmittelallergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- Zöliakie/Sprue
- Magen und Darmerkrankungen inkl. Zustand nach Operationen
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- Lebererkrankungen
- Pankreaserkrankungen
- Nierenerkrankungen/Ernährung von Dialysepatienten
- Osteoporose
- Krebs
- Mangelernährung (Malnutrition)
- _____

Relevante Laborwerte:

Größe:

Gewicht:

Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes, Stempel