

Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungstherapie nach § 43 Satz SBG V

Name, Vorname des Patienten: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Geburtsdatum des Patienten: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

Zutreffende Indikation:

(vom Arzt ausfüllen lassen, die Zuweisung ist budgetneutral)

- Untergewicht (BMI < 18,5)
- Übergewicht (BMI 25-29,9) Übergewicht bei Kindern: > 90. Perzentile
- Adipositas (BMI >30) Adipositas bei Kindern: > 97. Perzentile
- Essstörung, welche: _____
- Bluthochdruck, RR: _____ mmHg
- Hyperurikämie/Gicht
- Fettstoffwechselstörung, welche: _____
- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 insulinpflichtig
- Metabolisches Syndrom
- Nahrungsmittelallergien, -intoleranzen, welche _____
- Krebserkrankungen / Mangelernährung
- Darmerkrankung, welche: _____
- Osteoporose
- Andere _____

Folgende Anlagen liegen bei (bitte in Kopie)

- Laborbefunde Medizinische Berichte Medikationsliste

Hiermit weise ich Ihnen o.g. PatientIn zu.

Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes