

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung
über die medizinische Notwendigkeit einer
Ernährungsberatung
(§ 20 bzw. § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V)

Diagnose / Befund

Letzte Laborwerte vom: _____

Zutreffende Indikationen bitte ankreuzen (vom Arzt ausfüllen lassen)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas / Übergewicht | <input type="checkbox"/> Hormonbedingte Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Hyperuricämie | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ II | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Essstörungen | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranzen |
| <input type="checkbox"/> Endometriose | <input type="checkbox"/> Mangelernährung | <input type="checkbox"/> Untergewicht |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Wechseljahrsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen |
| <input type="checkbox"/> Osteopenie/Osteoporose | | |

Therapie / Medikation

Aus ärztlicher Sicht halte ich Ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Behebung des Krankheitsbildes als dringend notwendig.

Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes