



Mc_KÜ – 12 – 03 - Notwendigkeitsbescheinigung – Ernährungstherapeutische Beratung

ÄRZTLICHE NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG

über Diättherapie / ernährungstherapeutische Beratung gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

Für folgenden Patienten halte ich aus ärztlicher Sicht eine Diättherapie / Ernährungstherapeutische Beratung für notwendig:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	

Größe	
Gewicht	
BMI	

Indikation(en) für die ernährungstherapeutische Beratung *(Bitte relevante Laborwerte bzw. Befunde beilegen)*

Metabolische Erkrankungen	Nahrungsmittelunverträglichkeiten	Gastro-Intestinale Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Adipositas (BMI > 30)	<input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz	<input type="checkbox"/> Chronische Pankreatitis
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/> Sorbitmalabsorption	<input type="checkbox"/> Leberzirrhose kompensiert
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2	<input type="checkbox"/> Fruktosemalabsorption	<input type="checkbox"/> Leberzirrhose dekompenziert
<input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes	<input type="checkbox"/> Histaminintoleranz	<input type="checkbox"/> Morbus Crohn
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> Salicylatintoleranz	<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa
<input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie <small>It. Med. Befundbericht</small>	<input type="checkbox"/> Kurzdarmsyndrom
<input type="checkbox"/> Hypertonie		
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Folgende Anlagen liegen bei:

Laborbefund

Medizinische
Befundberichte

Medikationsliste

Hinweis für den Arzt: Die Verordnung einer ernährungstherapeutischen Beratung ist extrabudgetär.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel des Arztes