



## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen Beratung  
nach §43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

für

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versichertennummer \_\_\_\_\_

### Indikation / Diagnose:

- Untergewicht (BMI < 19,5)     Adipositas (BMI > 30)
- Insulinresistenz                       Diabetes mellitus:     Typ I     Typ II     Gestationsdiabetes
- Magenerkrankungen: \_\_\_\_\_
- Lebererkrankung: \_\_\_\_\_
- Nahrungsmittelintoleranzen: \_\_\_\_\_
- Lebensmittelallergie / Kreuzallergie: \_\_\_\_\_
- Herzerkrankungen: \_\_\_\_\_
- Nierenerkrankungen: \_\_\_\_\_
- Krebserkrankung: \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenerkrankung: \_\_\_\_\_
- Darmerkrankungen: \_\_\_\_\_
- Hauterkrankungen: \_\_\_\_\_
- erhöhte Cholesterinwerte     erhöhte Blutfettwerte
- Rheuma                                       Fibromyalgie
- Zöliakie / Glutensensitivität
- erhöhte Harnsäurewerte / Gicht
- Reflux / Refluxösophagitis
- Osteoporose
- Arthritis
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum    Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes