

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Kurativ: Eine ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 1 Nr 1 o. 2 SGB V



Laura Schön

Zertifizierte Diätassistentin VDD
Diabetesberaterin DDG

Gotmarstraße 3
37073 Göttingen
Tel. 0151-74414178
info@schoeninbalance.de
www.schoeninbalance.de

Arzt-Adresse/ Stempel und Unterschrift

Patientendaten:

Name, Vorname: _____ geb. am: _____
Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____
Email: _____ Telefon: _____
Krankenkasse/ Kostenträger: _____ Vers.-Nr.: _____

Datum:

Eine Ernährungstherapeutische Beratung ist wegen folgender Diagnose(n) notwendig:

- | | |
|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Untergewicht/Übergewicht/Adipositas | BMI: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ess-Störungen Welche: _____ | Nüchternblutglucose: _____ |
| <input type="checkbox"/> Prädiabetes | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus HbA1c: _____ | Gesamt-Cholesterin: _____ |
| <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 | HDL: _____ LDL: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes | TG: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen (in mg/dl) | |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie RR (in mmHg): _____ | RR (in mmHg): _____ |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose / KHK | Harnsäure in (mg/dl): _____ |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht | Gegen: _____ |
| <input type="checkbox"/> Allergie | Gegen: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranz / -unverträglichkeit | Welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes | Welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | Welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pankreaserkrankung | Welches: _____ |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | Welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | Welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen | Welche: _____ |

Folgende Anlagen liegen bei: Laborwerte medizinische Befundberichte Medikationsliste

Abschlussbericht erwünscht? Nein Ja telefonisch schriftlich

Bitte händigen Sie Ihrer*m Patientin*en eine Kopie aus!