

# Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

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



Laura Schön

Zertifizierte Diätassistentin VDD  
Diabetesberaterin DDG

Tel. 0151-74414178  
info@schoeninbalance.de  
www.schoeninbalance.de

Arzt-Adresse/ Stempel und Unterschrift

## Patientendaten:

## Datum:

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

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Untergewicht/Übergewicht/Adipositas           | BMI: _____  |
| <input type="checkbox"/> Ess-Störungen Welche: _____                   |   |
| <input type="checkbox"/> Prädiabetes                                   |   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus HbA1c: _____                | Nüchtern-glucose: _____   |
| <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2          |   |
| <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes                            |   |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen (in mg/dl)          | Gesamt-Cholesterin: _____<br>HDL: _____ LDL: _____<br>TG: _____ |
| <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!