

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		
Telefon-Nr. des Patienten						

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für eine ernährungstherapeutische Beratung

Diagnose

Auftrag (bitte auch wichtige Befunde / Medikation angeben) / Verdacht
Patientenschulung in Einzelberatungen zur dauerhaften Ernährungsumstellung

► Die ernährungstherapeutische Beratung ist aus unten genannten Gründen medizinisch indiziert:

- Adipositas (Übergewicht), Grad: _____; BMI: _____ kg/m²
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- Chronische Obstipation (Verstopfung)
- Diabetes mellitus, Typ 2
- Diarrhoe
- Divertikulose
- Fettunverträglichkeit
- Leberfunktionsstörungen
- Hypertonie (Bluthochdruck)
- Hyperurikämie (Gicht)
- Irritables Kolon (Reizdarm)
- Laktoseintoleranz, Fruktosemalabsorption
- Lebensmittelallergien
- Malnutrition (Mangelernährung/Untergewicht)
- Neurodermitis
- Osteoporose
- Pankreatitis
- Refluxösophagitis, Gastritis
- Rheumatoide Arthritis
- Zöliakie, gluteninduzierte Enteropathie

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Stempel/Unterschrift
Arzt/Ärztin

► Aktuelle Befunde (soweit vorliegen):

<input type="checkbox"/> aktuelles Körpergewicht:	<input type="checkbox"/> Harnsäure:	<input type="checkbox"/> Medikation:
<input type="checkbox"/> Körpergröße:	<input type="checkbox"/> Triglyceride:	
<input type="checkbox"/> früheres Normalgewicht:	<input type="checkbox"/> Cholesterin:	
<input type="checkbox"/> Gesamteiweiß (g/dl):	<input type="checkbox"/> HDL:	
<input type="checkbox"/> Serum Albumin (g/dl):	<input type="checkbox"/> LDL:	
<input type="checkbox"/> kleines Blutbild	<input type="checkbox"/> GOT:	
<input type="checkbox"/> großes Blutbild	<input type="checkbox"/> GPT:	
<input type="checkbox"/> RAST-Test	<input type="checkbox"/> Blutzucker:	
<input type="checkbox"/> Prick-Test	<input type="checkbox"/> HbA1c	