

## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung über Ernährungstherapie gemäß § 43 SGB V

### Patientendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, ORT: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

### Indikation/en

- Übergewicht (BMI 25 - 29,90)
- Adipositas (BMI > 30)
- Diabetes mellitus Typ 2
- Krebs
- Allergie
- Nahrungsmittel Unverträglichkeit
- Erkrankung Magen - Darm
- Erkrankung Herz - Kreislauf
- Arthrose
- Osteoporose
- Gicht / Hyperurikämie
- Fettstoffwechselstörung
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bei dem/der oben genannten Patient/in ist aufgrund der vorliegenden Indikation/en eine Ernährungstherapie erforderlich.

Ich empfehle \_\_\_\_\_ eine Ernährungsberatung / Ernährungstherapie (3-5 Beratungen bei M.Sc. Ernährungswissenschaften / Ernährungsberaterin DGE Mona Poulev) durchzuführen.

Datum, Unterschrift / Stempel des Arztes

\_\_\_\_\_