



Dipl.-Ing. Lebensmitteltechnologie
 Ernährungsberaterin DGE
 Staat. anerkannte Diätassistentin
 Heilpraktikerin für Psychotherapie
 Systemische Therapeutin

Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen
 Beratung nach §43 Satz 1 N.2 SGBV

| | |
|---------------|---------------------|
| Name, Vorname | Telefon |
| | |
| Adresse | E-Mail |
| | |
| Krankenkasse | Versicherungsnummer |

| | | | | | | | |
|--------|----|----------|----|------|-------------------|------------|-------|
| Größe: | cm | Gewicht: | kg | BMI: | kg/m ² | Blutdruck: | mm/HG |
|--------|----|----------|----|------|-------------------|------------|-------|

Diagnose(n) / Verdachtdiagnose(n)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adipositas /Übergewicht | <input type="checkbox"/> Vor und Nachbereitung für Bariatrische Operationen | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz / KHK |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ1/Typ2 | <input type="checkbox"/> Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht | <input type="checkbox"/> Pankreaserkrankungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Nephrologische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranz |
| <input type="checkbox"/> Cholangitis / Cholelithiasis | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht /Mangelernährung | <input type="checkbox"/> Zöliakie | <input type="checkbox"/> Zustand nach Bariatrischer Operation |
| <input type="checkbox"/> Lipödem / Lymphödem | <input type="checkbox"/> Essstörungen | <input type="checkbox"/> Chronisch - Entzündliche Darmerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Gastritis / Refluxösophagitis | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Unterschrift, Ort, Datum