

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Gemäß § 43 SGB V zur begleitend rehabilitativen
Ernährungsberatung für:

Vorname, Name des Patienten

Geburtsdatum des Patienten

Ich bestätige dem Patienten (m/w) die Notwendigkeit einer individuellen diagnose-spezifischen Ernährungsberatung zur Ergänzung meiner ärztlichen Behandlung (siehe umseitige Diagnosen).

Unterschrift behandelnder Arzt

Datum

Zur Erstellung eines individuellen Ernährungsplans sind bei dem Patienten folgende ernährungsmitbedingte Erkrankungen zu berücksichtigen.

Bitte **alle** bereits diagnostizierten **Erkrankungen** ankreuzen.

Stoffwechselstörungen	<input checked="" type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankungen	<input checked="" type="checkbox"/>	Allergien/Unverträglichkeiten	<input checked="" type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen	<input checked="" type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/>	Reflux, Gastritis	<input type="checkbox"/>	Lebensmittelallergie	<input type="checkbox"/>	Essstörung	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechsel	<input type="checkbox"/>	Reizmagen,-darm	<input type="checkbox"/>	Unspezifische Nahrungsmittelunverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	Rheumatischer Formenkreis	<input type="checkbox"/>
Leberstoffwechsel	<input type="checkbox"/>	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Malabsorption	<input type="checkbox"/>	Burnout	<input type="checkbox"/>
Harnsäurestoffwechsel	<input type="checkbox"/>	Obstipation	<input type="checkbox"/>	Intoleranzen	<input type="checkbox"/>	Depressionen	<input type="checkbox"/>
Glucose stoffwechsel	<input type="checkbox"/>	Divertikulose/-itis	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>
Nieren	<input type="checkbox"/>	Resektion (auch teilweise, auch ungeplant)	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	Glutenunverträglichkeit/Zöliakie	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>

Zusätzliche Gewichtsdiagnose

BMI _____ kg/m²: Untergewicht Übergewicht Adipositas Grad _____

Information an die Praxis: Bitte alle relevanten Laborwerte/Befunde in Kopie beifügen!