

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 ernährungsmittelbedingte Erkrankungen zu berücksichtigen.
Bitte **alle** bereits diagnostizierten **Erkrankungen** ankreuzen.

STOFFWECHSEL- STÖRUNGEN	MAGEN-DARM- ERKRANKUNGEN	ALLERGIEN/UNVER- TRÄGLICHKEITEN	SONSTIGE ERKRANKUNGEN
Herz-Kreislauf ☐	Reflux, Gastritis ☐	Lebensmittelallergie ☐	Essstörung ☐
Fettstoffwechsel ☐	Reizmagen,-darm ☐	Unspezifische Nahrungsmittelunver- träglichkeit ☐	Rheumatischer Formenkreis ☐
Leberstoffwechsel ☐	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ☐	Malabsorption ☐	Burnout ☐
Harnsäure- stoffwechsel ☐	Obstipation ☐	Intoleranzen ☐	Depressionen ☐
Glucose stoffwechsel ☐	Divertikulose/-itis ☐	☐	☐
Nieren ☐	Resektion (auch teil- weise, auch ungeplant) ☐	☐	☐
☐	Glutenunver- träglichkeit/Zöliakie ☐	☐	☐

ZUSÄTZLICHE GEWICHTSDIAGNOSE

BMI _____ kg/m²: ☐ Untergewicht ☐ Übergewicht ☐ Adipositas Grad _____

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