

Praxis

**Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung/  
Ernährungstherapie nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

**Vom behandelnden Arzt auszufüllen** (Zutreffende Diagnosen /Indikationen bitte ankreuzen)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht/Adipositas    | <input type="checkbox"/> Hypertonie                | <input type="checkbox"/> Dyslipoproteinämie          |
| <input type="checkbox"/> Fehl-/Mangelernährung     | <input type="checkbox"/> Hyperuricämie (Gicht)     | <input type="checkbox"/> Osteoporose                 |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel-Intoleranz | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ _____ |

Weitere Diagnosen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift Arzt