

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