

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (Die Zuweisung ist budgetneutral)

Gemäß § 43 SGB V begleitend rehabilitative Ernährungsberatung für:



Lisa Huxol
Diätassistentin
Ernährungsberaterin (DGE)
VDD und DGE zertifiziert

Vorname, Name des Patienten

Geburtsdatum des Patienten

Bitte entsprechende Indikation(en) ankreuzen

Magen und Darmerkrankungen:

- Reflux, Gastritis
- Reizmagen, -darm
- Chr. entzündliche Darmerkrankung
- Obstipation
- Diarrhö / Flatulenzen
- Divertikulose/ -itis
- _____ - Resektion
- Glutenunverträglichkeit, Zöliakie

Stoffwechselstörungen:

- Herz-Kreislaufkrankungen (Arteriosklerose/ KHK/ Hypertonie)
- Fettstoffwechselstörung
- Leberstoffwechselstörung/ Fettleber
- Harnsäurestoffwechsel/ Hyperurikämie, Gicht
- Glucosestoffwechsel (Diabetes mellitus Typ 1/ 2)
- Nierenerkrankung
- _____

Untersuchungsergebnisse vom: _____

BMI: _____ kg/ m²

RR: _____ mmHg

HbA1c: _____ %

Chol.: ____ mg/ dl TG: ____ mg/ dl

HDL/ LDL: ____ / ____ mg/ dl

Harnsäure: _____ mg/ dl

Allergien, Unverträglichkeiten:

- Lebensmittelallergie
- (Unspezifische) Nahrungsmittelunverträglichkeit
- Malabsorption
- Intoleranz auf:
- _____
- _____

Sonstige:

- Übergewicht/ Adipositas Grad: _____
- Untergewicht/ Mangelernährung
- Essstörung (Anorexia nervosa, Bulimie, Binge-eating)
- Rheumatischer Formenkreis/ Arthrose
- Onkologische Erkrankung
- Burnout/ Depression
- _____

Datum, Stempel,
Unterschrift behandelnde(r) Arzt/ Ärztin