

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (Die Zuweisung ist budgetneutral)

Gemäß § 43 SGB V begleitend rehabilitative Ernährungsberatung für:

Vorname, Name des Patienten

Geburtsdatum des Patienten

Bitte entsprechende Indikation(en) ankreuzen

Magen- und Darmerkrankungen:		Stoffwechselstörungen:
<input type="checkbox"/> Reflux, Gastritis <input type="checkbox"/> Reizmagen/ Reizdarm <input type="checkbox"/> Chronisch-entzündliche Darmerkrankung <input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhö/ Flatulenzen <input type="checkbox"/> Divertikulose/ -itis <input type="checkbox"/> _____ - Resektion <input type="checkbox"/> Glutenunverträglichkeit, Zöliakie	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen (Arteriosklerose/ KHK/ Hypertonie) <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung <input type="checkbox"/> Leberstoffwechselstörung/ Fettleber <input type="checkbox"/> Harnsäurestoffwechsel/ Hyperurikämie, Gicht <input type="checkbox"/> Glucosestoffwechsel (Diabetes mellitus Typ 1/ 2) <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> _____	Untersuchungsergebnisse vom: _____ BMI: _____ kg/m ² RR: _____ mmHg HbA1c: _____ % Chol.: _____ mg/dl TG: _____ mg/dl HDL/ LDL: _____ / _____ mg/dl Harnsäure: _____ mg/dl
Allergien, Unverträglichkeiten:		Sonstige:
<input type="checkbox"/> Lebensmittelallergien <input type="checkbox"/> (Unspezifische) Nahrungsmittelunverträglichkeiten <input type="checkbox"/> Malabsorption <input type="checkbox"/> Intoleranzen <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Übergewicht/ Adipositas Grad: _____ <input type="checkbox"/> Untergewicht/ Mangelernährung <input type="checkbox"/> Essstörung (Anorexia nervosa, Bulimie, Binge Eating) <input type="checkbox"/> Rheumatischer Formenkreis/ Arthrose <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Burnout/ Depression <input type="checkbox"/> _____	Datum, Stempel, Unterschrift behandelnde(r) Arzt/ Ärztin