

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:

- Reflux, Gastritis
- Reizmagen/ Reizdarm
- Chronisch-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)
- Nierenerkrankungen
- _____

Untersuchungsergebnisse vom: _____

BMI: _____ kg/m²

RR: _____ mmHg

HbA1c: _____ %

Chol.: _____ mg/dl TG: _____ mg/dl

HDL/ LDL: _____ / _____ mg/dl

Harnsäure: _____ mg/dl

Allergien, Unverträglichkeiten:

- Lebensmittelallergien
- (Unspezifische) Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- Malabsorption
- Intoleranzen
- _____
- _____

Sonstige:

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

Datum, Stempel,

Unterschrift behandelnde(r) Arzt/ Ärztin