

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung
für eine ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V

(Formular zur Vorlage bei der Krankenkasse zur Kostenerstattung)

Ernährungstherapeutische Beratung für:

Name, Vorname:		geb.am	
Straße:			
PZL, Ort:			
Krankenversicherung:		Versicherungs-Nr.:	
Mit versichert bei Name, Vorname:		geb.am	
Telefon:	E-Mail:		

Diagnose:

Die ernährungstherapeutische Beratung ist aus u.g. Gründen medizinisch indiziert:

Adipositas (Grad: , BMI: kg/m ²)	Irritables Kolon (Reizdarm)
Hypertonie	Krebserkrankung
Reflusösophagitis, Gastritis	Kreuzallergien
Chronische Obstipation	Lactoseintoleranz
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	Lebensmittelallergien
Diabetes mellitus Typ 2	Fructosemalabsorption
Divertikulose	Neurodermitis
Diarrhoe	Osteoporose
Fettstoffwechselstörung	Pankreatitis
Hypercholesterinämie	Rheumatoide Arthritis
Gallensteine	Untergewicht
Histaminintoleranz	Zöliakie, gluteninduzierte Enteropathie
Hyperurikämie	Nierensteine
Sonstiges	

Aktuelle Laborwerte vom: _____
(Bitte Kopie des Labors beilegen!)

Hiermit weise ich Ihnen oben genannte(n) Patient(in) zu, mit der Bitte um Zusendung des Beratungsberichts.

Datum / Adresse / Stempel des zuweisenden Arztes / Unterschrift