

# Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung nach §43 SATZ 1 NR. 2 SGB V

Jana Heinenberg  
Leichter! Das Ernährungcoaching.

B.Sc. Jana Heinenberg  
Oecotrophologin, VFED-Zertifiziert

Ausstellender Arzt  
(Stempel und Unterschrift)

Durchführende Ernährungsfachkraft

Datum: \_\_\_\_\_

Patientendaten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
 Körpergröße (cm): \_\_\_\_\_ Körpergewicht (kg): \_\_\_\_\_

Indikation zur Ernährungstherapie (Zutreffendes bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/> Übergewicht/ Adipositas BMI: _____ Taillenumfang (cm): _____	<input type="checkbox"/> Hypertonie RR (mmHg): _____/_____
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung Gesamt-Cholesterin (mg/dl): _____ LDL (mg/dl): _____ HDL (mg/dl): _____ Triglyzeride (mg/dl): _____	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 Nüchternblutzucker (mg/dl): _____ HbA1c-Wert (%): _____
<input type="checkbox"/> Darmerkrankung Art: _____	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung mit Gewichtsabnahme von ___ kg in ___ Wochen	<input type="checkbox"/> Hyperurikämie Harnsäure (mg/dl): _____
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten gegen: _____	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien gegen: _____
<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz Serum-Kreatinin (mg/dl): _____ Harnstoff (mg/dl): _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Medikation: