



## Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Strasse, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
KV – Nummer

\_\_\_\_\_  
Körpergewicht kg

\_\_\_\_\_  
Körpergröße cm

\_\_\_\_\_  
Telefon

**Zutreffende Indikation** (Bitte ankreuzen)  
(vom Arzt ausfüllen lassen)

letzte Laborwerte vom: \_\_\_\_\_

Übergewicht (BMI 25 – 29,9)

Adipositas (BMI > 30)

Bluthochdruck

RR: \_\_\_\_\_ mmHg

Fettstoffwechselstörungen:

Gesamtcholesterin: \_\_\_\_\_ mg/dl

HDL: \_\_\_\_\_ mg/dl

LDL: \_\_\_\_\_ mg/dl

Triglyceride: \_\_\_\_\_ mg/dl

Diabetes mellitus:

Typ 1

Typ 2

Hyperurikämie

Harnsäure: \_\_\_\_\_ mg/dl

Nahrungsmittelallergien / Intoleranzen

Untergewicht / Mangelernährung

Osteoporose

sonstige Indikation: \_\_\_\_\_

3 Individualberatungen

5 Individualberatungen

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

### Leistungsantrag

Ich beantrage aufgrund meiner ernährungsbedingten Erkrankung eine  
persönliche Ernährungsberatung (§ 43 SGB V)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)

\_\_\_\_\_  
Stempel/ Genehmigung der Krankenkasse