

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum:

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung**  
über die medizinische Notwendigkeit einer  
Ernährungsberatung gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V

(Eine Zuweisung zur ernährungstherapeutischen  
Beratung ist budgetneutral.)

**Weitere PatientInnendaten:**

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Körpergröße in m: \_\_\_\_\_

Körpergewicht in kg: \_\_\_\_\_

**Indikation für die ernährungstherapeutische Beratung:**

<input type="checkbox"/> Übergewicht/Adipositas	<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie
<input type="checkbox"/> Prä- und postoperative Ernährungstherapie im Bereich der Adipositaschirurgie	<input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht	<input type="checkbox"/> Fructosemalabsorption
<input type="checkbox"/> Essstörung	<input type="checkbox"/> Rheumat. Erkrankung	<input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz
<input type="checkbox"/> Ungewollter Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Histaminintoleranz
<input type="checkbox"/> Mangel- und Fehlernährung	<input type="checkbox"/> Arteriosklerose	<input type="checkbox"/> Zöliakie/Sprue/gluteninduzierte Enteropathie
<input type="checkbox"/> Metabolisches Syndrom	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/>

**Nähere Erläuterungen zur Diagnose/Indikation:**

---

Sonstiges / Hinweise / bisherige Therapie / Medikation?

Bitte die aktuellen Laborwerte mit Datum oder eine Kopie des Laborberichts dem Patienten für die Ernährungsberatung mitgeben!

Laborbefunde beiliegend

Letzte medizin. Berichte beiliegend

\_\_\_\_\_  
Stempel des Arztes, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes