

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Adresse des Versicherten		Geb. am
KassenNr.	VersichertenNr.	Status
BetriebsstättenNr.	ArztNr.	Datum

**Hiermit wird die medizinische  
 Notwendigkeit einer Ernährungstherapie  
 gemäß § 43 SGB V bestätigt.**

\_\_\_\_\_  
 Datum/ Stempel/ Unterschrift des Arztes

Telefonnummer Patient \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse Patient \_\_\_\_\_

## Notwendigkeitsbescheinigung

**Bitte alle zutreffenden relevanten Daten angeben:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI < 18,5)            | <input type="checkbox"/> Mangelernährung                     |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25 – 29,9)          | <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI > 30)               |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht Kinder (> 90 Perzentile) | <input type="checkbox"/> Adipositas Kinder (> 97 Perzentile) |

Bariatric, Art des geplanten Eingriffs: \_\_\_\_\_

betreuende Klinik: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

Hypertonie RR: \_\_\_\_\_ mm HG\*

Hyperurikämie/Gicht Harnsäure: \_\_\_\_\_ mg/dl\*

Fettstoffwechselstörung

Gesamtcholesterin: \_\_\_\_\_ mg/dl\* LDL: \_\_\_\_\_ mg/dl\*

HDL: \_\_\_\_\_ mg/dl\* Triglyceride: \_\_\_\_\_ mg/dl\*

Diabetes mellitus  Typ 1  Typ 2 HbA1c: \_\_\_\_\_ %\*

Herz-Kreislauferkrankung \_\_\_\_\_

Erkrankung Magen-Darm-Trakt \_\_\_\_\_

Nahrungsmittelallergie/Intoleranz \_\_\_\_\_

Krebserkrankung/ Zustand nach Krebserkrankung \_\_\_\_\_

Osteoporose  Rheuma  Gelenkerkrankung

Essstörung  Depression

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\*aktuelle Laborwerte beigelegt

aktueller Medikamentenplan beigelegt

**Bitte per Fax an 06241 977 091.**