

FÜR DEN ARZT

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung
über Ernährungsberatung gemäß §43 SGB V**

Allgemeine Informationen

Patient	Name, Vorname geb. am
Kasse	Kassen-Nr. Versicherten Nr. Status
Vertragsarzt	Vertragsarzt Nr. VK gültig bis

Zutreffende Indikation

Unverträglichkeiten

- Laktose-Intoleranz
- Fruktose-Malabsorption
- Sorbit(ol)- Unverträglichkeit

Ernährungszustand

- Mangelernährung
- Untergewicht (BMI _____)
- Übergewicht (BMI _____)
- Ungewollter Gewichtsverlust

Stoffwechselstörung

- Fettstoffwechselstörung
- Diabetes

Sonstiges

- Gastroparese
- Reizdarmsyndrom
- _____

Bemerkungen:

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes