

# Ärztliche NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG über Diättherapie / Ernährungsberatung gemäß §43 SGB V

--

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname	geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Größe:	Gewicht:	BMI:
Taillenumfang:	Blutdruck:	Puls:

## ADIPOSITAS UND METABOLISCHES SYNDROM

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25 – 29,9 / Kg / m <sup>2</sup> ) | <input type="checkbox"/> Übergewicht Kinder (> 90. Perzentile) |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI > 30 / Kg / m <sup>2</sup> )       | <input type="checkbox"/> Adipositas Kinder (> 97. Perzentile)  |
| <input type="checkbox"/> Adipositas permagna                                | <input type="checkbox"/> Planung Bariatrische Chirurgie        |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie   | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht                 |

## DYSLIPOPROTEINÄMIE UND ARTERIOSKLEROSE

- |  |       |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung   | _____ |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung | _____ |

## DIABETES MELLITUS

- |   |                                    |                                |                      |
|---|------------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus  | <input type="checkbox"/> Typ 1     | <input type="checkbox"/> Typ 2 | HbA1c- Wert: _____ % |
| <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes | <input type="checkbox"/> Sonstiges | _____                          |                      |

- |   |       |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes | _____ |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Leber und Gallenwege    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Pankreas                | _____ |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Schilddrüse             | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dermatologische Erkrankungen             | _____ |
| <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankungen                | _____ |
| <input type="checkbox"/> HIV und AIDS                             | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges                                | _____ |

# Ärztliche NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG über Diättherapie / Ernährungsberatung gemäß §43 SGB V



## NAHRUNGSMITTELUNVERTRÄGLICHKEITEN

- Allergien \_\_\_\_\_
- Intoleranzen \_\_\_\_\_
- Malabsorption \_\_\_\_\_

## NEPHROLOGISCHE ERKRANKUNGEN

- Niereninsuffizienz \_\_\_\_\_
- Nephrotisches Syndrom \_\_\_\_\_
- Urolithiasis \_\_\_\_\_
- Dialyse / Intervall: \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

## OSTEOPOROSE UND RHEUMATISCHE ERKRANKUNGEN

- Osteoporose  Rheuma  Gelenkerkrankungen

## MANGELERNÄHRUNG

- Untergewicht \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## ESSSTÖRUNGEN UND PSYCHOSOMATIK

- Essstörung \_\_\_\_\_
- Depression \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

## PÄDIATRISCHE ERKRANKUNGEN

- Angeborene Stoffwechselerkrankung \_\_\_\_\_
- Fütterungsstörung \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

## GERIATRISCHE ERKRANKUNGEN

- Kau- und Schluckstörungen  Appetitlosigkeit
- Mangelernährung  Demenz
- Dekubitus  Sonstiges: \_\_\_\_\_

- Laborwerte vom: \_\_\_\_\_ sind als Kopie beigelegt
- Aktuelle Medikation vom: \_\_\_\_\_ sind als Kopie beigelegt

verordnete Diätprinzipien (z.B.: Eiweißmenge, Trinkmenge...):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum / Stempel / Unterschrift des Arztes