

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung über eine
Diättherapie / Ernährungsberatung nach §43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Arzt-Adresse / Stempel Unterschrift



Sarah Gierszewski | Diätassistentin VDD
Am Hirtenberg 1 | 63826 Omersbach
0176 / 38 60 36 44

Datum: ____ . ____ . ____

Angaben des Versicherten:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Körpergröße (in m): _____

Körpergröße (in kg): _____

Letzte Labordaten vom: ____ . ____ . ____

Labordaten liegen vor: ja nein

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

- Übergewicht / Adipositas
- Andere Essstörungen
- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2
- Bluthochdruck
- Fettstoffwechselstörung Chol: _____ HDL: _____ LDL: _____ Trigl: _____
- Nahrungsmittelintoleranz
- Allergie
- Magen – Darm-Erkrankungen
- Fehl- / Mangelernährung
- Sonstige Erkrankungen
- Diät

BMI: _____

BZ: _____ Hba1c: _____
RR _____ mmHg
gegen: _____
gegen: _____

welche: _____