



## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

(Die Zuweisung ist budgetneutral)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb. Datum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Tel. Nummer

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Diätverordnung

Bitte entsprechende Indikation(en) ankreuzen:

- Adipositas
- Arteriosklerose/KHK
- CED\*
- Diabetes mellitus Typ 1/2\*
- Gastritis/Ulcus
- Hypertonie
- Hyperurikämie / Gicht
- Nahrungsmittelallergie\*
- Nahrungsmittelintoleranz / -unverträglichkeit\*
- Onkologische Erkrankung
- Reizdarm / Reizmagen
- Untergewicht / Mangelernährung
  
- \*Ergänzung: \_\_\_\_\_
  
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

Kurativ

Eine ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 o. 2 SGB V durch eine qualifizierte Diätassistentin ist notwendig.

Präventiv

Eine Ernährungsberatung nach § 20 SGB V wird empfohlen.

Untersuchungsergebnisse

vom: \_\_\_\_\_

BMI: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

RR: \_\_\_\_\_ mmHg

HbA1c: \_\_\_\_\_ %

Serumcholesterin: \_\_\_\_\_ mg/dl

HDL/LDL: \_\_\_\_\_ mg/dl

Harnsäure: \_\_\_\_\_ mg/dl