

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Ärztliche Bescheinigung

Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung oder -therapie  
Ergänzende Leistungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

Für oben genannte(n) Patienten(in) wird eine Ernährungsberatung/-therapie auf Grund folgender Indikation empfohlen:

- |  |  |                        |
|--|--|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht/Adipositas  | BMI  | _____                  |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck   | RR (in mmHg)   | _____                  |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung   | Gesamt-Chol (in mg/dl)   | _____                  |
|  | LDL (in mg/dl)   | _____                  |
|  | Triglyceride (in mg/dl)  | _____                  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 | Nüchtern-BZ (in mg/dl)   | _____                  |
| <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes  | HbA1c (in %)   | _____                  |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie   | Harnsäure (in mg/dl)   | _____                  |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen   | Welche _____   |                        |
|  | <input type="checkbox"/> Akuter Schub <input type="checkbox"/> Remissionsphase |                        |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie/Intoleranz   | Gegen: _____   |                        |
| <input type="checkbox"/> Rheuma/Gelenkerkrankungen   | _____  |                        |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen   | betroffen _____  |                        |
|  | <input type="checkbox"/> mit Gewichtsabnahme                                   |                        |
| <input type="checkbox"/> Mangelernährung   | Albumin (in g/dl) _____  | Eisen (in µg/dl) _____ |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen  | Serum-Kreatinin (in mg/dl)   | _____                  |
|  | Harnstoff (in mg/dl)   | _____                  |
|  | Kalium (in mmol/l)   | _____                  |
|  | Calcium (in mmol/l)  | _____                  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____   |  |                        |

### Hinweise:

Die Ernährungsberatung/-therapie belastet nicht das ärztliche Heilmittelbudget. Die Ernährungsberatung/-therapie ist i.d.R. keine zuzahlungsbefreite Leistung.

Datum	Unterschrift und Stempel des Arztes
-------	-------------------------------------