

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für ernährungstherapeutische  
Beratung nach § 43 Abs. 1 SGB V**

Patient Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_  
Körpergewicht: \_\_\_\_\_  
Taillenumfang: \_\_\_\_\_  
Körpergröße: \_\_\_\_\_  
Body-Mass-Index: \_\_\_\_\_



**Kgl.priv. Apotheke Tellingstedt**

Hauptstraße 6  
25782 Tellingstedt

Tel.: 0 48 38 - 315  
Fax: 0 48 38- 1437

info@apotheke-tellingstedt.de

**Hauptdiagnose:**

**Indikation/en für eine Ernährungstherapie**

Untergewicht (BMI < 18,5 kg/m<sup>2</sup>)  
Übergewicht (BMI 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>)  
Adipositas (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>)  
Diabetes mellitus Typ: \_\_\_\_\_  
Fettstoffwechselstörung  
KHK / Herzinfarkt  
Bluthochdruck  
Fettleber  
Hyperurikämie

Nierenerkrankungen  
Fehl-/Mangelernährung  
Nahrungsmittelallergie/-intoleranz  
Erkrankung der Verdauungsorgane  
Osteoporose  
Schlaganfall  
Rheumatoide Arthritis/Rheuma  
Gelenkarthrose  
Sonstige: \_\_\_\_\_

**Notwendigkeitsbescheinigung**

Hiermit wird bescheinigt, dass bei o. g. Patienten die Notwendigkeit für eine ernährungstherapeutische Beratung im Sinne einer gesundheitsfördernden Maßnahme nach § 43 SGB V vorliegt.

Datum \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift der/s behandelnden Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_

**Bemerkungen**

