

VOM ARZT AUSZUFÜLLEN

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung
über Ernährungsberatung gemäß §43 SGB V**

Allgemeine Informationen

Patient	Name, Vorname	geb. am	
Kasse	Kassen-Nr.	Versicherten Nr.	Status
Vertragsarzt	Vertragsarzt Nr.	VK gültig bis	

Zutreffende Indikation

Unverträglichkeiten

- Laktose-Intoleranz
- Fruktose-Malabsorbtion
- Sorbit(ol)- Unverträglichkeit

Ernährungszustand

- Mangelernährung
- Untergewicht (BMI_____)
- Übergewicht (BMI_____)
- Ungewollter Gewichtsverlust

Stoffwechselstörung

- Fettstoffwechselstörung
- Diabetes

Sonstiges

- Gastroparese
- Reizdarmsyndrom
- Reizdarmbeschwerden mit bakterieller Fehlbesiedlung
- _____

Bemerkungen: