

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 Ernährungstherapie gemäß §43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

Zutreffende Indikation bitte ankreuzen:

- Übergewicht (BMI 25-29.9) Übergewicht bei Kindern: 90.Perzentile
 Adipositas bei Erwachsenen BMI 30-34.9 BMI 35-39.9 BMI >40
 Adipositas bei Kindern: >97.Perzentile
 Untergewicht (BMI <18.5)
 Hypertonie _____
 Hyperurikämie/Gicht _____
 Fettstoffwechselstörungen _____
 Diabetes mellitus Typ1 Typ 2 _____
 Gestationsdiabetes _____
 Magen-Darm-Erkrankungen _____
 Nahrungsmittelallergien/-intoleranzen _____
 pädiatrische Erkrankung (z.B. Fütterungsstörung, Gedeihstörung) _____
 Essstörungen _____
 Mangel-/Fehlernährung _____
 Osteoporose / rheumatische Erkrankungen _____
 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
-------	-------------------------------------