

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 \_\_\_\_\_ (bitte Angabe)  
 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
-------	-------------------------------------