

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			
Telefon des Patienten						

### Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für eine ernährungstherapeutischen Beratung

Diagnose
Auftrag (bitte auch wichtige Befunde / Medikation angeben) / Verdacht
<b>Patientenschulung zur dauerhaften Ernährungsumstellung</b>
<input type="checkbox"/> als Einzelberatung <input type="checkbox"/> als Gruppenberatung

Die ernährungstherapeutische Beratung ist aus unten genannten Gründen medizinisch indiziert:

- Adipositas (Übergewicht) Grad: \_\_\_\_\_; BMI: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>       .....
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen      .....
- Chronische Obstipation (Verstopfung)      .....
- Diabetes mellitus, Typ 2; Gestationsdiabetes      .....
- Divertikulose      .....
- Essstörungen      .....
- Hepatitis (Leberfunktionsstörungen)      .....
- Hyperlipidämien (Fettstoffwechselstörungen)      .....
- Hypertonie (Bluthochdruck)      .....
- Hyperurikämie (Gicht)      .....
- Irritables Kolon (Reizdarm)      .....
- Laktoseintoleranz, Fruktosemalabsorption      .....
- Lebensmittelallergien       .....
- Malnutrition (Mangelernährung, Untergewicht)      .....
- Neurodermitis      .....
- Osteoporose      .....
- Pankreatitis      .....
- Refluxösophagitis, Gastritis      .....
- Rheumatoide Arthritis      .....
- Zöliakie, gluteninduzierte Enteropathie      .....

Stempel/ Datum  
Unterschrift Arzt/Ärztin

Aktuelle Befunde (soweit vorliegen)

<input type="checkbox"/> aktuelles Körpergewicht*:	<input type="checkbox"/> Harnsäure*:	Medikation:
<input type="checkbox"/> Körpergröße*:	<input type="checkbox"/> Triglyceride*:	
<input type="checkbox"/> TSH*:	<input type="checkbox"/> Cholesterin*:	
<input type="checkbox"/> Gesamteiweiß (g/l):	<input type="checkbox"/> HDL*:	
<input type="checkbox"/> Serum Albumin (g/l):	<input type="checkbox"/> LDL*:	
<input type="checkbox"/> kleines Blutbild	<input type="checkbox"/> GOT*:	
<input type="checkbox"/> großes Blutbild	<input type="checkbox"/> GPT*:	
<input type="checkbox"/> Rast-Test/ Prick-Test	<input type="checkbox"/> Blutzucker*:	
* Diese Werte sind bei Adipositas wünschenswert	<input type="checkbox"/> HbA <sub>1c</sub> *:	

Vorschlag für ein Zuweiserformular für eine ernährungstherapeutische Beratung  
Qualitätszirkel Ernährungstherapie Schwarzwald Baar