

Ernährungsberatung

Sonja Denner, Dipl.-Oecotrophologin,
 Stefanie Kautz, Oecotrophologin (B.Sc.),
 Vera Bernzen, Diätassistentin
 Dammerstr. 132 41066 Mönchengladbach
 T 02161 277 350 F 02161 277 3511

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Für die ernährungstherapeutische Beratung gemäß § 43 SGB V

Name des Patienten	Vorname	Geb. Datum
Straße	Wohnort	Telefon
Krankenkasse / Anschrift		Versicherungsnummer

Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert. Um entsprechende Kostenübernahme wird im Namen des Patienten gebeten.

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

- Adipositas: 1, _____ m _____ kg _____ kg/m²
Größe Gewicht BMI
- Untergewicht:
- Diabetes mellitus: Typ 1 Typ 2 insulinpflichtig ja nein
- Bluthochdruck: RR: _____
- Hypercholesterinämie: Gesamt-CHOL: _____ HDL: _____ LDL: _____
- Hypertriglyceridämie: Triglyceride: _____
- Hyperuricämie: Harnsäure: _____
- Osteoporose
- Lebensmittel-unverträglichkeiten: Unverträglichkeiten /Intoleranzen: _____
- Lebensmittelallergien: Allergie(n): _____
- Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes: Beschreibung: _____
- Essstörungen: Beschreibung: _____
- Schilddrüsenerkrankungen/ Auffälligkeiten: Beschreibung: _____
- sonstige Erkrankungen: _____
- Medikamente: _____

- Ich bitte um Zusendung eines Beratungsberichts nach Abschluss der Beratung
 telefonische Rücksprache (ab _____ Uhr)

Ort, Datum _____

Stempel, Unterschrift des Arztes _____