

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 Ernährungsberatung oder -therapie
Ergänzende Leistungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

Für oben genannte(n) Patienten(in) wird eine Ernährungsberatung/-therapie auf Grund folgender Indikation erbeten:

- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 _____
- Gestationsdiabetes _____
- Bluthochdruck _____
- Fettstoffwechselstörung _____
- Adipositas BMI: _____
 (bitte nur ankreuzen falls Verordnung via Kassenrezept nicht möglich oder bei Bariatrie-OP-Vorbereitung)
- Nahrungsmittelallergie/Intoleranz _____
- Magen-Darm-Erkrankung _____
- Mangelernährung _____
- Essstörung _____
- Krebserkrankung _____
- Hyperurikämie _____
- Osteoporose _____
- Rheuma/Gelenkerkrankung _____
- Sonstiges _____
- Ernährungsberatung Prävention (§ 20 SGB V) _____
- Schwangerschaft und Stillzeit
 - Fehl- und Mangelernährung
 - Darmgesundheit
 - Gesunde Ernährung für Kinder

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
-------	-------------------------------------