

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:

- Adipositas BMI: \_\_\_\_\_
- Bluthochdruck \_\_\_\_\_
- Fettstoffwechselstörung \_\_\_\_\_
- Diabetes mellitus  Typ 1  Typ 2 \_\_\_\_\_
- Gestationsdiabetes \_\_\_\_\_
- Nahrungsmittelallergie/Intoleranz \_\_\_\_\_
- Magen-Darm-Erkrankung \_\_\_\_\_
- Mangelernährung \_\_\_\_\_
- Essstörung \_\_\_\_\_
- Krebserkrankung \_\_\_\_\_
- Hyperurikämie \_\_\_\_\_
- Osteoporose \_\_\_\_\_
- Rheuma/Gelenkerkrankung \_\_\_\_\_
- 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
-------	-------------------------------------