

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAk	AEV	Knappschaft	UV*)
Name, Vorname des Versicherten							
geb. am							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum		



Ärztliche Empfehlung / Notwendigkeitsbescheinigung

Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Diagnose (Bitte kreuzen Sie zutreffende Diagnose/n an.):

Adipositas und metabolisches Syndrom

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25,5-29,9 kg/m ²) | <input type="checkbox"/> Übergewicht Kinder (> 90. Perzentile) |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI > 30 kg/m ²) | <input type="checkbox"/> Adipositas Kinder (> 97. Perzentile) |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Stoffwechselstörung |

Diabetes mellitus

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ I | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ II |
| <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes | |

Ernährungsrelevante Erkrankungen

- Herz- Kreislauferkrankungen (z.B. Arteriosklerose)
- Erkrankung des Gastrointestinaltraktes (CED, Diarrhoe, Obstipation, Divertikulose, Reizdarm)
- Erkrankung der Gelenke (Rheuma, Arthrose, Osteoporose)
- Hyperurikämie / Gicht
- Erkrankung der Organe (z.B. Leber, Gallenwege, Niere, Schilddrüse)
- Dermatologische Erkrankungen
- Onkologische Erkrankungen / Zustand nach Krebserkrankung
- Mangelernährung (Untergewicht, ungewollter Gewichtsverlust)
- Untergewicht Kinder (< 10. Perzentile)
- Nahrungsmittelallergie / Nahrungsmittelunverträglichkeit
- Sonstiges _____

Datum, Unterschrift des Arztes