

Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungstherapeutischen Behandlung (§ 43 SGB V)

Information Patient:

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Tel.: _____

Stempel Ärztin / Arzt

Daten des Patienten:

Körpergröße (m): _____ Gewicht (kg): _____

Gewichtszunahme /-abnahme in den letzten 3 Monaten: _____

Letzte Laborwerte vom: _____

Bitte beilegen oder zur Beratung mitbringen, soweit vorhanden: Kopien aktueller Laborwerte, Medikationsliste, Befunde

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

- Onkologische Erkrankung, Art _____
mit Chemotherapie Strahlentherapie Antihormontherapie
- Untergewicht BMI _____ kg/m²
- Übergewicht BMI _____ kg/m²
- Adipositas BMI _____ kg/m²
- Bluthochdruck RR: _____ mmHg
- Hyperurikämie/Gicht Harnsäure: _____ mg/dl
- Fettstoffwechselstörungen Gesamtcholesterin: _____ mg/dl
HDL/LDL: _____ mg/dl / _____ mg/dl
Triglyceride: _____ mg/dl
- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 HbA1c-Wert: _____ %
- Nierenerkrankung dialysepflichtig Kreatinin: _____ mg/dl
- ungewollter Gewichtsverlust auf Grund von _____
- Mangelernährung auf Grund von _____
- Anorexie (Appetitlosigkeit)
- Emesis / Nausea (Übelkeit / Erbrechen)
- Dysphagie (Kau- und Schluckstörungen)
- Diarrhoe (Durchfall)
- Obstipation (Verstopfung)
- Maldigestion / Malabsorption
- Kurzdarmsyndrom
- Nahrungsmittelallergien / Intoleranzen _____
- Osteoporose
- Enterale Ernährung angeordnet auf Grund von _____
- Parenterale Ernährung angeordnet auf Grund von _____
- _____
- _____

Ich bitte um Zusendung eines Therapieberichtes nach Abschluss der Beratung.

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin / Arzt

Die Zuweisung hat keinen Einfluss auf das ärztliche Budget (budgetneutral).