

## ÄRZTLICHE NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG

Gemäß § 43 SGB V zur begleitend rehabilitativen  
Ernährungsberatung für:

Vorname, Name des Patienten

Geburtsdatum des Patienten

Ich bestätige dem Patienten (m/w) die Notwendigkeit einer individuellen diagnose-spezifischen Ernährungsberatung zur Ergänzung meiner ärztlichen Behandlung (siehe umseitige Diagnosen).

Unterschrift behandelnder Arzt

Datum

Zur Erstellung eines individuellen Ernährungsplans sind bei dem Patienten folgende ernährungsmitbedingte Erkrankungen zu berücksichtigen.  
Bitte **alle** bereits diagnostizierten **Erkrankungen** ankreuzen.

STOFFWECHSELSTÖRUNGEN	MAGEN-DARM-ERKRANKUNGEN	ALLERGIEN/UNVERTRÄGLICHKEITEN	SONSTIGE ERKRANKUNGEN
Herz-Kreislauf	Reflux, Gastritis	Lebensmittelallergie	Essstörung
Fettstoffwechsel	Reizmagen,-darm	Unspezifische Nahrungsmittelunverträglichkeit	Rheumatischer Formenkreis
Leberstoffwechsel	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	Malabsorption	Burnout
Harnsäurestoffwechsel	Obstipation	Intoleranzen	Depressionen
Glucose stoffwechsel	Divertikulose/-itis	-----	-----
Nieren	Resektion (auch teilweise, auch ungeplant)	-----	-----
-----	Glutenunverträglichkeit/Zöliakie	-----	-----

### ZUSÄTZLICHE GEWICHTSDIAGNOSE

BMI \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>:  Untergewicht  Übergewicht  Adipositas Grad \_\_\_\_\_

**Information an die Praxis:** Bitte alle relevanten Laborwerte/Befunde in Kopie beifügen!