

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (Die Zuweisung ist budgetneutral)

Kurativ: Eine ernährungstherapeutische Beratung gemäß § 43 SGB V durch einen qualifizierten Ernährungsberater ist notwendig.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten	geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Arztstempel / Unterschrift des Arztes

Telefonnummer PatientIn: _____

Daten des Patienten:

Körpergröße (cm): _____ Gewicht (kg): _____

Gewichtszunahme /-abnahme in den letzten 3 Monaten: _____

Letzte Laborwerte vom: _____

Bitte beilegen soweit vorhanden: Kopien aktueller Laborwerte, Medikationsliste, Befunde

Zutreffende Indikation:

Onkologische Erkrankung, Art _____
mit Chemotherapie Strahlentherapie Antihormontherapie

Untergewicht BMI _____ kg/m²

Übergewicht BMI _____ kg/m²

Adipositas BMI _____ kg/m²

Bluthochdruck (BMI 25-29,9) 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