

Ärztliche
NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG

über Diättherapie/ Ernährungsberatung gemäß §43 SGB V

Praxis für Ernährungsberatung und Diättherapie

Sophia Schnaubelt

Bahnhofstraße 11, O6217 Merseburg

Mail: kontakt@geniess-bewusst.de

Telefon: +49 (0) 3461/ 3351230 | +49 (0) 176/ 21194802

www.geniess-bewusst.de



KRANKENKASSE BZW. KOSTENTRÄGER

Name _____

Geb. Datum _____

Krankenkasse _____

Versichertennummer _____

Vertragsarzt-Nr. _____

VK gültig bis _____

Größe

Gewicht

BMI

Taillenumfang

Blutdruck

Puls

ADIPOSITAS UND METABOLISCHES SYNDROM

Übergewicht (BMI 25- 29,9/Kg/m²)

Adipositas (BMI > 30/Kg/m²)

Adipositas permagna

Hypertonie

Übergewicht Kinder (>90. Perzentile)

Adipositas Kinder (> 97. Perzentile)

Planung Bariatrische Chirurgie

Hyperurikämie/ Gicht

DYSLIPOPROTEINÄMIE UND ARTERIOSKLEROSE

Fettstoffwechselstörung _____

Herz-Kreislauf-Erkrankung _____

DIABETES MELLITUS

Diabetes mellitus

Gestationsdiabetes

Typ 1

Sonstiges _____

Typ 2

HbA1c- Wert _____%

Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes _____

Erkrankungen der Leber und Gallenwege _____

Erkrankungen des Pankreas _____

Erkrankungen der Schilddrüse _____

Dermatologische Erkrankungen _____

Onkologische Erkrankungen _____

HIV und AIDS _____

Sonstiges _____

NAHRUNGSMITTELUNVERTRÄGLICHKEITEN



- Allergien
- Intoleranzen
- Malabsorption

NEPHROLOGISCHE ERKRANKUNGEN

- Niereninsuffizienz
- Nephrologisches Syndrom
- Urolithiasis
- Dialyse/ Intervall
- Sonstiges

OSTEOPOROSE UND RHEUMATISCHE ERKRANKUNGEN

- Osteoporose
- Rheuma
- Gelenkerkrankungen

MANGELERNÄHRUNG

- Untergewicht
-

ESSSTÖRUNGEN UND PSYCHOSOMATIK

- Essstörungen
- Depressionen
- Sonstiges

PÄDIATRISCHE ERKRANKUNGEN

- Angeborene Stoffwechselerkrankungen
- Fütterungsstörungen
- Sonstiges

GERIATRISCHE ERKRANKUNGEN

- Kau- und Schluckbeschwerden
- Mangelernährung
- Dekubitus
- Appetitlosigkeit
- Demenz
- Sonstiges

Laborwerte vom _____ sind als Kopie beigefügt.

Aktuelle Medikamente vom _____ sind als Kopie beigefügt.

verordnete Diätprinzipien (z.B.: Eiweißmenge, Trinkmenge, ...):

Datum/ Stempel/ Unterschrift des Arztes