

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung über eine Diättherapie / Ernährungsberatung nach §43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Arzt-Adresse / Stempel Unterschrift



Sarah Gierszewski
Ernährungsberatung & Diättherapie

Sarah Gierszewski | Diätassistentin VDD
Am Hirtenberg 1 | 63826 Omersbach
0176 / 38 60 36 44

Datum: ____ . ____ . ____

Angaben des Versicherten:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Körpergröße (in m): _____

Körpergröße (in kg): _____

Letzte Labordaten vom: ____ . ____ . ____

Labordaten liegen vor: ja nein

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

Übergewicht / Adipositas

BMI: _____

Andere Essstörungen

Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2

BZ: _____ Hba1c: _____

Bluthochdruck

RR _____ mmHg

Fettstoffwechselstörung Chol: _____ HDL: _____ LDL: _____ Trigl: _____

gegen: _____

Nahrungsmittelintoleranz

gegen: _____

Allergie

Magen – Darm-Erkrankungen

Fehl- / Mangelernährung

Sonstige Erkrankungen

welche: _____

Diät