

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAk	AEV	Knappschaft	UV*)
Name, Vorname des Versicherten							
geb. am							
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.			Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis			Datum			

## Ärztliche Empfehlung / Notwendigkeitsbescheinigung (für die Ernährungsberatung)

### Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

DIAGNOSE (BITTE DIAGNOSE ANGEBEN UND KREUZ SETZEN):

.....

#### ADIPOSITAS UND METABOLISCHES SYNDROM

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25,5-29,9 kg/m <sup>2</sup> ) | <input type="checkbox"/> Übergewicht Kinder (> 90. Perzentile) |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI > 30 kg/m <sup>2</sup> )       | <input type="checkbox"/> Adipositas Kinder (> 97. Perzentile)  |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung                        |  |

#### DIABETES MELLITUS

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ I | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ II |
| <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes      |   |

#### ERNÄHRUNGSRELEVANTE ERKRANKUNGEN

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen (z. B. Arteriosklerose)   |   |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung des Gastrointestinaltraktes (CED, Diarrhoe, Obstipation, Divertikulose, Reizdarm) |   |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung der Gelenke (Rheuma, Arthrose, Osteoporose)                                       |   |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht  |   |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung der Organe (z. B. Leber, Gallenwege, Niere, Schilddrüse)                          |   |
| <input type="checkbox"/> Dermatologische Erkrankungen   |   |
| <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankungen / Zustand nach Krebserkrankung                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Mangelernährung (Untergewicht, ungewollter Gewichtsverlust)                                  | <input type="checkbox"/> Untergewicht Kinder (< 10. Perzentile) |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie / Nahrungsmittelenverträglichkeit                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:   |   |

.....

.....  
Datum, Unterschrift des Arztes, Stempel