

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 ²) | <input type="checkbox"/> Übergewicht Kinder (> 90. Perzentile) |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI > 30 kg/m ²) | <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