

**Ärztliche Bescheinigung über die medizinische  
Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen  
Beratung nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V**  
für:

Bitte ausfüllen

Pollerstraße 1a  
52388 Nörvenich

Tel 02426 - 903 966

Beatrix@Held-Ernaehrungsberatung.de  
www.Held-Ernaehrungsberatung.de

Eine ernährungstherapeutische Beratung ist aus unten genannten Gründen medizinisch indiziert:

- |   |  |   |      |
|---|--|---|------|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht                      | Gewicht:   | Größe:  | BMI: |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht                     |  |   |      |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                    | RR:  |   |      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                | <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II | Insulinpflichtig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |      |
| <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie             | Gesamt-Chol:   | HDL:  | LDL: |
| <input type="checkbox"/> Hypertriglyceridämie             | Triglyceride:  |   |      |
| <input type="checkbox"/> Hyperuricämie                    | Harnsäure:   |   |      |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose                      |  |   |      |
| <input type="checkbox"/> Lebensmittelunverträglichkeiten  |  | welche: .....   |      |
| <input type="checkbox"/> Allergien                        |  | welche: .....   |      |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen            |  | welche: .....   |      |
| <input type="checkbox"/> Laborbefunde vom .....liegen bei |  | <input type="checkbox"/> medizinische Berichte liegen bei                   |      |

Ich bitte um

- telefonische Rücksprache zu Beginn der Beratung
- telefonische Rücksprache am Ende der Beratung
- Zusendung eines Beratungsberichtes bei Abschluss der Beratung

Ort, Datum

Stempel,

Unterschrift des Arztes