

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname		Geb.datum
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



Ernährungsberatung und Ernährungstherapie

Ernährungswissenschaftlerin, M. Sc.
Geysostraße 28, 34582 Borken
☎0179/6623995
✉ julia-hergenroeder@gmx.de
www.ernaehrung-hergenroeder.de

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für eine
ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V**

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

- Übergewicht/Adipositas Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____ kg/m²
- Diabetes mellitus HbA1C (%): _____
 - Typ I
 - Typ II
 - Gestationsdiabetes
- Hyperliproteinämie Gesamt Cholesterin: _____ HDL: _____ mg/dl LDL: _____ mg/dl
- Hypertriglyceridämie Triglyceride: _____ mg/dl
- Hyperurikämie Harnsäure: _____ mg/dl
- Magen/Darmbeschwerden _____
 - Morbus Crohn _____
 - Colitis ulcerosa _____
 - Blähungen/Durchfälle/Verstopfungen
- Nichtalkoholische Fettleber _____
- Nierenerkrankungen _____
- Nahrungsmittelallergien _____
- Laktoseintoleranz _____
- Fruktosemalabsorption _____
- Zöliakie _____
- Sonstiges _____
- Laborbefunde beigefügt

Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes