

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse

Für den Patienten / das Kind

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Telefon)

(Versicherungsnummer des Elternteils mit Namen)

(Adresse)

ist die Teilnahme an einer ambulanten Ernährungstherapie (§ 43 SGB V) dringend indiziert.

Empfehlung:

Dipl. oec. troph. Monika Luskow
Ambulante Ernährungsberaterin, zertifiziert nach VDOe
PRAXIS für Ernährungstherapie
Zum Eckernkamp 2, 21279 Wenzendorf - Dierstorf
Tel: 04165 / 83 85
Mobil: 0172 408 33 06
www.monikalueskow.de



Bitte nehmen Sie zunächst telefonisch Kontakt zur Praxis auf.

Diagnosen (Erkrankungen und Risikofaktoren):

Größe : _____ cm

Gewicht: _____ kg

BMI: _____

-
- | | | |
|----------------------------------|----------------|------------|
| • ADHS | | O Diagnose |
| • Akne | | O Diagnose |
| • Adipositas | | O Diagnose |
| • Diabetes mellitus Typ 1 | | O Diagnose |
| • Down Syndrom | | O Diagnose |
| • Mucoviszidose | | O Diagnose |
| • Fructosemalabsorption | ppm bis: _____ | |
| • Sorbitolintoleranz | ppm bis: _____ | |
| • Lactoseintoleranz | ppm bis: _____ | |
| • Mangelernährung / Untergewicht | | O Diagnose |
| • Obstipation | | O Diagnose |
| • Zöliakie | | O Diagnose |
| • Morbus Crohn | | O Diagnose |
| • Colitis Ulcerosa | | O Diagnose |
| • Rheumatische Erkrankung | | O Diagnose |
| • Tumorerkrankung | | O Diagnose |
| • Sonstiges: _____ | | |

Datum

Unterschrift und Arztstempel