

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung
zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse

Für die Patientin / den Patient

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Versicherungsnummer)

(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
Hauptstraße 23, 21279 Hollenstedt
Tel: 04165 / 83 85
Mobil: 0172 408 33 06



Bitte nehmen Sie zunächst telefonisch Kontakt zur Praxis auf.

Diagnosen (Erkrankungen und Risikofaktoren):

Größe : _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____

-
- Diabetes mellitus Typ 1 O Diagnose

Adipositas-assoziierte Begleiterkrankungen:

- Bluthochdruck O Diagnose
- Fettstoffwechselstörungen O Diagnose
- Diabetes mellitus Typ 2 O Diagnose
- Hyperurikämie O Diagnose

-
- Fructosemalabsorption ppm bis: _____
 - Sorbitolintoleranz ppm bis: _____
 - Lactoseintoleranz ppm bis: _____
 - Mangelernährung / Untergewicht O Diagnose
 - Reizdarmsyndrom O Diagnose
 - Zöliakie / Glutensensitivität O Diagnose
 - Morbus Crohn / Colitis Ulcerosa O Diagnose
 - Nierenerkrankung O Diagnose
 - Lebererkrankung O Diagnose
 - Bauchspeicheldrüsenerkrankung O Diagnose
 - Tumorerkrankung O Diagnose
 - Sonstiges: _____

Datum

Unterschrift und Arztstempel