

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse

Für die Patientin / den Patient

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum und Telefonnummer)

(Versicherungsnummer und Krankenkasse)

(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: _____

- Diabetes mellitus Typ 1 Diagnose

Adipositas-assoziierte Begleiterkrankungen:

- Bluthochdruck Diagnose
 - Fettstoffwechselstörungen Diagnose
 - Diabetes mellitus Typ 2 Diagnose
 - Zustand vor-und nach bariatrischem Eingriff Diagnose
-
- Mangelernährung / Untergewicht Diagnose
 - Osteoporose Diagnose
 - Intoleranz: Fructose, Sorbitol, Lactose, Histamin, Salicylate Diagnose
 - Hyperurikämie / Gicht Diagnose
 - Rheumatische Erkrankung / Psoriasis Diagnose
 - Reizdarmsyndrom Diagnose
 - Zöliakie / Glutensensitivität Diagnose
 - Morbus Crohn / Colitis Ulcerosa / Divertikulose Diagnose
 - Nierenerkrankung Diagnose
 - Lebererkrankung Diagnose
 - Bauchspeicheldrüsenerkrankung Diagnose
 - Tumorerkrankung Diagnose
 - Sonstiges: _____

Datum

Unterschrift und Arztstempel