

Name Adresse Patient\*in

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung über Ernährungstherapie**  
 gemäß §43 SGB V - ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (5 Termine)

Größe:	m	Gewicht:	kg	BMI:	kg/m <sup>2</sup>
Taillenumfang:	cm	Blutdruck:	mm/Hg	Puls:	

**Adipositas / Stoffwechselerkrankungen / Gefäßerkrankungen**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25-29,9/kg/m <sup>2</sup> )                                    | <input type="checkbox"/> Übergewicht Kinder (>90 Perzentile)       |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI >30 /kg/m <sup>2</sup> )  | <input type="checkbox"/> Adipositas Kinder (>97 Perzentile)        |
| <input type="checkbox"/> Adipositas permagna   | <input type="checkbox"/> Planung/ Betreuung bariatrische Operation |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie  | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht                     |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung   | <input type="checkbox"/> Koronare Herzerkrankung                   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 | <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes                        |

**Organerkrankungen:**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinaltrakt                               | <input type="checkbox"/> Pankreas    |
| <input type="checkbox"/> Leber und Gallenwege                                | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Nieren: <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Dialyse     |

Differenzial - Diagnose:

---

**Nahrungsmittelunverträglichkeiten:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lebensmittelallergien auf: | <input type="checkbox"/> Fruktosemalabsorption |
| <input type="checkbox"/> Laktosemalabsorption       | <input type="checkbox"/> Sorbitmalabsorption   |

**Weitere Erkrankungen:**

---



---



---

Bitte Untersuchungsbefunde (Labor, Krankenhausberichte u.w.) in Kopie mitgeben.

---

Datum / Stempel / Unterschrift des Arztes