

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ärztliche Bescheinigung

Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung oder -therapie
Ergänzende Leistungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

Für oben genannte(n) Patienten(in) wird eine Ernährungsberatung/-therapie auf Grund folgender Indikation erbeten:

- ☐ Adipositas BMI: _____
- ☐ Bluthochdruck _____
- ☐ Fettstoffwechselstörung _____
- ☐ Diabetes mellitus ☐ Typ 1 ☐ Typ 2 _____
- ☐ Gestationsdiabetes _____
- ☐ Nahrungsmittelallergie/Intoleranz _____
- ☐ Magen-Darm-Erkrankung _____
- ☐ Mangelernährung _____
- ☐ Essstörung _____
- ☐ Krebserkrankung _____
- ☐ Hyperurikämie _____
- ☐ Osteoporose _____
- ☐ Rheuma/Gelenkerkrankung _____
- ☐ Sonstiges _____

Hinweise

Die Ernährungsberatung/-therapie belastet nicht das ärztliche Heilmittelbudget.
Die Ernährungsberatung/-therapie ist i.d.R. keine zuzahlungsbefreite Leistung.

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes