

# Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für eine ernährungstherapeutische Beratung

Adresse / Stempel des zuweisenden Arztes / Unterschrift

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Datum: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm Früheres Normalgewicht: \_\_\_\_\_ kg

Diagnose(n) / Befund:

---

Therapie / Medikation:

---

Ernährungstherapeutische Maßnahme:

---

Die ernährungstherapeutische Beratung ist aus den unten genannten Gründen medizinisch indiziert:

- Adipositas (Grad: \_\_\_\_\_)       Übergewicht (BMI: \_\_\_\_\_      Waist-to-Hip-Ratio: \_\_\_\_\_)
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (→  Morbus Crohn →  Colitis Ulcerosa)       Chronische Obstipation
- Diarrhoe       Diabetes mellitus – Typ 2       Diabetes mellitus – Typ 1       Divertikulose / Divertikulitis
- Essstörungen (→  Anorexia Nervosa      →  Binge Eating Disorder      →  Bulimie)
- Fettunverträglichkeit       Gicht       Hauterkrankungen (→  Neurodermitis →  andere: \_\_\_\_\_)
- Herzerkrankungen       Hepatitis (\_\_\_\_)       Histamintoleranz       HIV
- Hypertonie / KHK → Blutdruck: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (morgens) / \_\_\_\_\_ (abends)
- Hyperlipoproteinämie (Typ \_\_\_\_\_)       Hyperurikämie       Lactoseintoleranz
- Fructoseintoleranz       Lebensmittelallergie(n): \_\_\_\_\_
- Mangelernährung / Untergewicht (Malnutrition)       Nephrologische Erkrankung(en): \_\_\_\_\_
- Multiple Sklerose       Onkologische Erkrankung(en): \_\_\_\_\_
- Osteoporose       Pankreatitis       Reizdarmsyndrom (RDS)
- Refluxösophagitis / Gastritis       Rheuma       Zöliakie (Sprue, Glutenunverträglichkeit)
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Laborwerte – Bitte ggf. Kopie beifügen.

- |                                            |                                     |                                    |                                    |                                |
|--------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gesamtcholesterin | <input type="checkbox"/> TG         | <input type="checkbox"/> HDL       | <input type="checkbox"/> LDL       | <input type="checkbox"/> VLDL  |
| <input type="checkbox"/> Serum Albumin     | <input type="checkbox"/> Harnsäure  | <input type="checkbox"/> Harnstoff | <input type="checkbox"/> Kreatinin | <input type="checkbox"/> GOT   |
| <input type="checkbox"/> GPT               | <input type="checkbox"/> Blutzucker | <input type="checkbox"/> HbA1c     | <input type="checkbox"/> RAST      | <input type="checkbox"/> Prick |
| <input type="checkbox"/> HB                | <input type="checkbox"/> CRP        | <input type="checkbox"/> _____     | <input type="checkbox"/> _____     | <input type="checkbox"/> _____ |

Mit freundlicher Unterstützung von:

**nutriception**  
Praxis für Ernährungsberatung und -therapie  
Dipl. oec. troph. Krisztian Mark Koczor

Bonner Straße 37 – 40589 Düsseldorf  
Tel.: 0211 – 75 99 847  
Mobil: 0179 – 37 37 370  
Fax: 0211 – 79 517 00

**nutriception.de**