

## Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen Beratung nach  
§ 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

für

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb am.: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

Plz, Ort: \_\_\_\_\_

Zuweisung zu:



**lebenswert**  
ESSEN

lebenswert essen

Praxis für Ernährungstherapie und -beratung

Zillestraße 107

10585 Berlin

### Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen

- Adipositas** \_\_\_\_\_
- Untergewicht** Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_
- Diabetes mellitus**  Typ 1  Typ 2 insulinpflichtig:  ja  nein
- Bluthochdruck** RR: \_\_\_\_\_
- Hypercholesterinämie** Gesamt-Chol.: \_\_\_\_\_ HDL: \_\_\_\_\_ LDL: \_\_\_\_\_
- Hypertriglyceridämie** Triglyceride: \_\_\_\_\_
- Hyperuricämie** Harnsäure: \_\_\_\_\_
- Osteoporose** \_\_\_\_\_
- Lebensmittelun-  
verträglichkeiten** \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_
- Allergien** \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_
- Erkrankungen des  
Magen-Darm-Traktes** \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_
- Krebserkrankungen** \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_
- Essstörung** \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenerkrankung** \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_
- sonstige Erkrankungen** \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_
- Medikamente** \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_
- Medikamentenplan  Laborbefund  medizinische Berichte liegen bei.

Hiermit weise ich Ihnen den obengenannte(n) Patient(in) zu und bitte um

- telefonische Rücksprache zur Besprechung von Details  
 die Zusendung des Beratungsberichts nach Abschluss der Beratung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Arztes