

ÄRZTLICHE NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG NACH §43 SATZ 1 NR. 2 SGB V

Arzt-Adresse/ Stempel und Unterschrift

Therapeuten-Adresse/ -Stempel und Unterschrift

Patientendaten

Name: _____
Straße, Hausnr.: _____
Geburtsdatum: : _____
Körpergröße (in m): _____
Letzte Labordaten vom: _____

Datum: _____
Vorname: _____
PLZ, Ort: _____ / _____
Krankenkasse: _____
Körpergewicht (in kg): _____
Labordaten liegen vor: ja nein

Angaben zur Indikation (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Übergewicht/ Adipositas
- Diabetes mellitus
 - Typ 1 Typ 2
- Fettstoffwechselstörung

- Bluthochdruck
- Hyperurikämie
- Osteoporose
- Krebserkrankung
- Allergie
- Nahrungsmittelunverträglichkeit/ -intoleranz
- Nierenerkrankung

- Chronisch entzündliche Darmerkrankung
 - Colitis ulcerosa Morbus Crohn
- (Unspezifisches) Reizdarmsyndrom
- Mangelernährung

- Diät
- Sonstiges

BMI: _____
 Bauchumfang Taillenumfang (in cm) _____
Nüchternblutzucker (mg/ dl; mmol/ l): _____
HbA1c-Wert (in %): _____
Gesamt-Cholesterin (in mg/ dl): _____
Triglyzeride (in mg/ dl): _____
LDL (in mg/ dl): _____ HDL (in mg/ dl): _____
RR (in mmHg): _____ / _____
Harnsäure (in mg/ dl): _____
Knochendichte (T-Wert): _____
 mit Gewichtsabnahme um ___ kg in Wochen: ___
gegen: _____
gegen: _____
Serum-Kreatinin (in mg/ dl): _____
Harnstoff (in mg/ dl): _____
Kalium (in mmol/ l): _____
Kalzium (in mmol/ l): _____
 Akuter Schub Remissionsphase
CRP (in mg/ dl): _____
CRP (in mg/ dl): _____
Albumin (in g/ dl): _____
Eisen (in µg/ dl): _____
welche: _____
