

# Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungstherapeutischen Behandlung (§ 43 SGB V)

|                                |                  |     |        |      |     |             |
|--------------------------------|------------------|-----|--------|------|-----|-------------|
| AOK                            | LKK              | BKK | IKK    | VdAK | AEV | Knappschaft |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |     |        |      |     |             |
| geb. am                        |                  |     |        |      |     |             |
| Kassen-Nr.                     | Versicherten-Nr. |     | Status |      |     |             |
| Vertragsarzt-Nr.               | VK gültig bis    |     | Datum  |      |     |             |
| Telefon des Patienten          |                  |     |        |      |     |             |

|                       |
|-----------------------|
| Stempel Ärztin / Arzt |
|-----------------------|

## Daten des Patienten:

Körpergröße (m): \_\_\_\_\_ Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Gewichtszunahme /-abnahme in den letzten 3 Monaten: \_\_\_\_\_

Letzte Laborwerte vom: \_\_\_\_\_

*Bitte beilegen soweit vorhanden: Kopien aktueller Laborwerte, Medikationsliste, Befunde*

## Zutreffende Indikation:

Onkologische Erkrankung, Art \_\_\_\_\_  
mit  Chemotherapie  Strahlentherapie  Antihormontherapie

Untergewicht BMI \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

Übergewicht BMI \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

Adipositas BMI \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

Bluthochdruck (BMI 25-29,9) RR: \_\_\_\_\_ mmHg

Hyperurikämie/Gicht Harnsäure: \_\_\_\_\_ mg/dl

Fettstoffwechselstörungen Gesamtcholesterin: \_\_\_\_\_ mg/dl

HDL/LDL: \_\_\_\_\_ mg/dl/ \_\_\_\_\_ mg/dl

Triglyceride: \_\_\_\_\_ mg/dl

Diabetes mellitus  Typ 1  Typ 2  HbA1c-Wert: \_\_\_\_\_ %

Nierenerkrankung  dialysepflichtig Kreatinin: \_\_\_\_\_ mg/dl

ungewollter Gewichtsverlust auf Grund von \_\_\_\_\_

Mangelernährung auf Grund von \_\_\_\_\_

Anorexie (Appetitlosigkeit)

Emesis / Nausea (Übelkeit / Erbrechen)

Dysphagie (Kau- und Schluckstörungen)

Diarrhoe (Durchfall)

Obstipation (Verstopfung)

Maldigestion / Malabsorption

Kurzdarmsyndrom

Nahrungsmittelallergien / Intoleranzen \_\_\_\_\_

Osteoporose

Enterale Ernährung angeordnet auf Grund von \_\_\_\_\_

Parenterale Ernährung angeordnet auf Grund von \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich bitte um Zusendung eines Therapieberichtes nach Abschluss der Beratung.

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin / Arzt

Die Zuweisung hat keinen Einfluss auf das ärztliche Budget (budgetneutral).