

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						

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

für eine ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V

(ergänzende Maßnahme zur Rehabilitation - kostenneutral für das Heilmittelbudget)

Zum Ausfüllen durch d. Arzt/Ärztin und Weitergabe durch d. Versicherte(n) an die Krankenkasse

Für d. o. Patienten/in ist eine ernährungstherapeutische Maßnahme notwendig, aufgrund **folgender Indikation(en)**:

<input type="checkbox"/> Adipositas (BMI > 30kg/m ²)	<input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz	<input type="checkbox"/> onkologische Erkrankung, welche
<input type="checkbox"/> Anämie	<input type="checkbox"/> Lebensmittelallergien	
<input type="checkbox"/> Chronische Obstipation	<input type="checkbox"/> Leberfunktionsstörungen	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ II	<input type="checkbox"/> Malnutrition	x sonstige:
<input type="checkbox"/> Fructosemalabsorption	<input type="checkbox"/> Osteoporose	
<input type="checkbox"/> Hyperlipidämien	<input type="checkbox"/> Reizdarm	
<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis	
<input type="checkbox"/> Hyperurikämie (Gicht)	<input type="checkbox"/> Zöliakie	

Bitte ausfüllen:

Körpergröße:	aktuelles Körpergewicht:	RR:	Blutglucose:

Datum, Stempel, Unterschrift Arzt/Ärztin

Bitte aktuelle Laborbefunde als Kopie beilegen

Rückmeldung an die Arztpraxis gewünscht: ja nein