

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 ernährungstherapeutischen Beratung

Diagnose(n): siehe Indikationen, sowie weitere:
Auftrag (bitte auch wichtige Befunde / Medikation angeben) / Verdacht
Patientenschulung zur dauerhaften Ernährungsumstellung
Rückmeldung an die Arztpraxis gewünscht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Die ernährungstherapeutische Beratung ist aus unten genannten Gründen medizinisch indiziert (zutreffendes bitte ankreuzen oder unterstreichen):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adipositas (Übergewicht), Grad: ____; BMI: ____ kg/m ² | <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz (Milchzuckerunverträglichkeit) |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit/vorzeitiges Sättigungsgefühl | <input type="checkbox"/> Lebensmittelallergien/-unverträglichkeiten |
| <input type="checkbox"/> Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) | <input type="checkbox"/> Malnutrition (selektive Mangelernährung) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus, Typ ____ | <input type="checkbox"/> Malnutrition (Untergewicht, BMI: ____ kg/m ²) |
| <input type="checkbox"/> Diarrhoe (Durchfall) | <input type="checkbox"/> Maldigestion/Malabsorption |
| <input type="checkbox"/> Divertikulose | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Emesis/Nausea (Erbrechen/Übelkeit) | <input type="checkbox"/> Obstipation (Verstopfung) |
| <input type="checkbox"/> Essstörung: _____ | <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankung: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fettunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Chemo-/Strahlentherapie/Antihormontherapie |
| <input type="checkbox"/> Fruktosemalabsorption (Fruchtzuckerunverträglichkeit) | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Funktionelle Dyspepsie (Reizmagen) | <input type="checkbox"/> Pankreatitis, Pankreasinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Refluxösophagitis (Sodbrennen) |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust, ungewollter | <input type="checkbox"/> Reizdarm-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verlust aktiver Körperzellmasse (BCM) | <input type="checkbox"/> Rheumatischer Formenkreis, Krankheiten des... |
| <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme, medikamentenbedingt | <input type="checkbox"/> Zöliakie/Sprue, gluteninduzierte Enteropathie |
| <input type="checkbox"/> Glutensensitivität | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Hashimoto-Thyreoiditis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis ____ (Leberfunktionsstörungen) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz | _____ |
| <input type="checkbox"/> HIV / AIDS, Stadium CDC: _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie (Fettstoffwechselstörungen) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie (Bluthochdruck) | |
| <input type="checkbox"/> Hypertriglyceridämie (Fettstoffwechselstörungen) | |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie (Gicht) | |
| <input type="checkbox"/> Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion) | |
| <input type="checkbox"/> Irritables Kolon (Reizdarm) | |
| <input type="checkbox"/> Kau- und Schluckbeschwerden | |
| <input type="checkbox"/> Kurzdarmsyndrom | |

Stempel/Unterschrift
Arzt/Ärztin

Soweit vorliegen: Aktuelle Laborwerte, Befunde und Medikationsliste sind aufgeführt oder beigelegt!

<input checked="" type="checkbox"/> aktuelles Körpergewicht:	<input type="checkbox"/> Triglyceride:	<input checked="" type="checkbox"/> Medikation:
<input checked="" type="checkbox"/> Körpergröße:	<input type="checkbox"/> Cholesterin:	
<input type="checkbox"/> früheres Normalgewicht:	<input type="checkbox"/> HDL:	
<input type="checkbox"/> Gesamt IgE <input type="checkbox"/> RAST-Test <input type="checkbox"/> Prick-Test	<input type="checkbox"/> LDL:	
<input type="checkbox"/> H ₂ -Atemtests mit Befunden	<input type="checkbox"/> Harnsäure:	
<input type="checkbox"/> Zöliakie: Antikörpertests mit Histologie	<input type="checkbox"/> Blutzucker:	
<input type="checkbox"/> GOT:	<input type="checkbox"/> Hb A1c	
<input type="checkbox"/> GPT:		
<input type="checkbox"/> Gamma-GT:		