Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Ernährungsberatung und -therapie
Kerstin Packeiser

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung nach § 43 SGB V für

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname	**geb. am**	**Tel.**
Straße, Nr.	**PLZ, Ort**	
Kassen-Nr.	**Versicherten-Nr.**	**Status**
Vertragsarzt-Nr.	**VK gültig bis**	**Datum**

Zutreffende Diagnose(n) bitte ankreuzen:

☐ Allergien, welche:
☐ Bluthochdruck, RR:
☐ Diabetes mellitus ☐ Typ 1 ☐ Typ 2 insulinpflichtig: ☐ ja ☐ nein
☐ Essstörungen:
☐ Fehl- / Mangelernährung:
☐ Fettstoffwechselstörung, welche:
Ges.Chol. HDL: LDL: TG:
☐ Hyperuricämie/ erhöhte Harnsäure:
☐ Krebserkrankung, welche:
☐ Magen-Darm-Erkrankung, welche:
☐ Nieren-Erkrankung, welche:
☐ Osteoporose:
☐ Rheumatische Erkrankung, welche:
☐ Schilddrüsenerkrankung, Auffälligkeiten:
☐ Über- / Untergewicht:
☐ Unverträglichkeit, welche:
☐ Verdauungsbeschwerden, welche:
☐ Sonstiges:

☐ **Laborbefunde beiliegend**
☐ **Letzte medizinischen Berichte beiliegend**

Ich bitte um ☐ Zusendung des Beratungsberichts ☐ telefonische Rücksprache

Datum **Stempel, Unterschrift des Arztes**

Kerstin Packeiser. Schorndorfer Straße 37. 71638 Ludwigsburg. Tel.: 07141-4874154. Fax: 07141-4874155.
Mobil: 0171-2336525. info@ernaehrungsberatung-packeiser.de. www.ernaehrungsberatung-packeiser.de