

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung /Zuweisung für eine ernährungstherapeutische Beratung (§43)

AOK LKK BKK IKK VdAK AEV Knappschaft	
Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Straße, Nr	
PLZ/Wohnort	

Die ernährungstherapeutische Beratung bei einer Oecotrophologin ist indiziert:

Adipositas (Übergewicht),

Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Irritables Kolon (Reizdarm)

Chronische Obstipation (Verstopfung)

Lebensmittelallergien

Diabetes mellitus, Typ 2

Malnutrition (Mangelernährung/Untergewicht)

Diarrhoe

Neurodermitis

Divertikulose

Osteoporose

Fettunverträglichkeit

Pankreatitis

Hepatitis (Leberfunktionsstörungen)

Histaminunverträglichkeit (Typ I)

Refluxösophagitis, Gastritis

Hyperlipidämien (Fettstoffwechselstörungen)

Rheumatoide Arthritis

Hypertonie (Bluthochdruck)

Zöliakie, gluteninduzierte Enteropathie

Hyperurikämie (Gicht)

Laktoseintoleranz

Sonstige _____

Fruktoseintoleranz

Relevante Laborwerte vom: _____
(ggf. in Kopie beifügen)

Abschlussbericht erwünscht? nein ja

Bei dem/der oben genannten Patienten/Patientin ist aufgrund der oben genannten Indikation eine Ernährungsberatung erforderlich. Hiermit weise ich den/die Patienten/Patientin zu.

Datum

Unterschrift des Arztes

Praxisstempel mit Adresse