

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



ALEXANDRA HEITMANN
PRAXIS FÜR ERNÄHRUNGSBERATUNG

02307.916 964 5
Schulzenheide 2, 59174 Kamen
info@alexandra-heitmann.de
www.alexandra-heitmann.de

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für eine ernährungstherapeutische Beratung gemäß § 43 SGB V (Die Zuweisung ist budgetneutral)

Indikationen: _____

Indikationen für die ernährungstherapeutische Beratung:

- | | | |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Adipositas/Übergewicht | <input type="radio"/> Laktoseintoleranz | <input type="radio"/> Onkolog. Erkrankung: _____ |
| <input type="radio"/> Untergewicht BMI <18.5 | <input type="radio"/> Fructosemalabsorption | <input type="radio"/> Lebererkrankung: _____ |
| <input type="radio"/> Hyperlipidämie | <input type="radio"/> Sorbitintoleranz | <input type="radio"/> Gallenerkrankung: _____ |
| <input type="radio"/> Hyperurikämie/Gicht | <input type="radio"/> Histaminintoleranz | <input type="radio"/> Nierenerkrankung: _____ |
| <input type="radio"/> Hypertonie | <input type="radio"/> Lebensmittelallergien | <input type="radio"/> Pankreaserkrankung: _____ |
| <input type="radio"/> Diabetes mellitus, Typ : | <input type="radio"/> Zöliakie/Sprue | <input type="radio"/> Magenerkrankung: _____ |
| <input type="radio"/> Rheumatische Erkrankung | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> Darmerkrankung: _____ |

Folgende Werte bitte eintragen, sofern Labordaten vorhanden und für die Beratung relevant sind:

GGT	Gesamt-Cholesterin	Triglyceride	Harnsäure
GPT	HDL	HbA1c	Kreatinin
GOT	LDL	Harnsäure	Kalium

Ergänzende Hinweise (z. B. Medikation):

Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin

Arztstempel