

# Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Gemäß § 43 SGB V zur begleitend rehabilitativen  
Ernährungsberatung für:

Vorname, Name des Patienten

Geburtsdatum des Patienten

Ich bestätige dem Patienten (m/w) die Notwendigkeit einer individuellen diagnose-spezifischen Ernährungsberatung zur Ergänzung meiner ärztlichen Behandlung (siehe umseitige Diagnosen).

Unterschrift behandelnder Arzt

Datum

Zur Erstellung eines individuellen Ernährungsplans sind bei dem Patienten folgende ernährungsmitbedingte Erkrankungen zu berücksichtigen.  
 Bitte **alle** bereits diagnostizierten **Erkrankungen** ankreuzen.

Stoffwechselstörungen <input checked="" type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankungen <input checked="" type="checkbox"/>	Allergien/Unverträglichkeiten <input checked="" type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen <input checked="" type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf <input type="checkbox"/>	Reflux, Gastritis <input type="checkbox"/>	Lebensmittelallergie <input type="checkbox"/>	Essstörung <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechsel <input type="checkbox"/>	Reizmagen,-darm <input type="checkbox"/>	Unspezifische Nahrungsmittelunverträglichkeit <input type="checkbox"/>	Rheumatischer Formenkreis <input type="checkbox"/>
Leberstoffwechsel <input type="checkbox"/>	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen <input type="checkbox"/>	Malabsorption <input type="checkbox"/>	Burnout <input type="checkbox"/>
Harnsäurestoffwechsel <input type="checkbox"/>	Obstipation <input type="checkbox"/>	Intoleranzen <input type="checkbox"/>	Depressionen <input type="checkbox"/>
Glucose stoffwechsel <input type="checkbox"/>	Divertikulose/-itis <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>
Nieren <input type="checkbox"/>	Resektion (auch teilweise, auch ungeplant) <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>
..... <input type="checkbox"/>	Glutenunverträglichkeit/Zöliakie <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>

**Information an die Praxis:** Bitte alle relevanten Laborwerte/Befunde in Kopie beifügen!