

**Ärztliche Verordnung
über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung
nach § 43 Abs.1 Nr. 2 SGBV**

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Postleitzahl	Wohnort
Telefonnummer	Krankenkasse	Versichertennummer

Bitte vom behandelten Arzt ausfüllen lassen

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen

☐ Adipositas	BMI	_____
☐ Diabetes mellitus		
☐ Fettstoffwechselstörung		
☐ Hyperuricämie		
☐ Nahrungsmittelallergie	Bezeichnung	_____
☐ Nahrungsmittelunverträglichkeit (Laktose, Fruktose, Zöliakie)	Bezeichnung	_____
☐ Rheumatische Erkrankung	Bezeichnung	_____
☐ Magen-Darmerkrankungen	Bezeichnung	_____
☐ Erkrankung der Leber		
☐ Erkrankung der Bauchspeicheldrüse		
☐ Mangelernährung		
☐ Essstörung (Anorexie, Bulimia, Binge-Eating)	Bezeichnung	_____
☐ Nierenerkrankung	Stadium	_____
	Diätverordnung	_____
☐ Sonstige Erkrankungen/Bemerkungen		_____

Stempel des Arztes

Datum/Unterschrift des Arztes