

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname u. Anschrift des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Ernährungsberatung  
& Gesundheitsdienstleistungen**

**Sonja Beinlich**  
Ökotrophologin, M. Sc.

Hagenbrücke 8  
38100 Braunschweig

Telefon: 0531 – 122 99 991  
E-Mail: eb@eb-gesund.de  
Web: www.eb-gesund.de



## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für die Ernährungstherapie nach § 43 SGB V

**\* Pflichtfelder**

**\*Diagnose/Befund:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht/Adipositas                 | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen | *Körpergröße [cm]:<br>_____<br>*Körpergewicht [kg]:<br>_____<br>BMI[kg/m <sup>2</sup> ]:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ ____                      | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung  |   |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung                | <input type="checkbox"/> Osteoporose       |   |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht                    | <input type="checkbox"/> Mangelernährung   |   |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                          | <input type="checkbox"/> Untergewicht      |   |
| <input type="checkbox"/> Arthritis / Rheuma                     | <input type="checkbox"/> Essstörung        |   |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis / Psoriasis              |  |   |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen d. Verdauungsorgane _____ |  |   |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie _____           |  |   |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranz _____         |  |   |

Anlage: Kopie des Labors *oder* relevante Laborwerte (mit Datum):  
\_\_\_\_\_

Anlage: Medikamentenplan *oder* relevante Medikation:  
\_\_\_\_\_

Weitere Anlagen (z. B. Arztbericht)

Mitteilungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adresse/Stempel des Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des Arztes