

**Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer  
Ernährungsberatung/Ernährungstherapie § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V**

<b>Name, Vorname:</b>	<b>Geb.-Datum:</b>
<b>Straße:</b>	<b>PLZ, Ort:</b>
<b>Krankenkasse:</b>	<b>Vers.-Nr.: IK:</b>

**Zutreffende Indikationen / Diagnosen bitte ankreuzen** (Vom behandelnden Arzt auszufüllen):

- Übergewicht / Adipositas
- Diabetes mellitus Typ \_\_\_\_
- Dyslipoproteinämie
- Hypertonie
- Hyperuricämie / Gicht
- Fehl- und Mangelernährung
- Osteoporose
- Rheumatische Erkrankungen
- Nahrungsmittel-Intoleranz
- Nahrungsmittel-Allergie
- Erkrankungen der Verdauungsorgane
- Nephrologische Erkrankungen
- Weitere Diagnose(n):

**Ernährungsmedizinische Verordnung**

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift Arzt