MP-Ernährungsberatung

Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

für:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Nr.	PLZ, Ort	Telefonnummer
Körpergewicht kg	Körpergröße cm	KV-Nummer

Zuweisung zu:

MP-Ernährungsberatung

Marina Pleger
Wagnerstr.12
27616 Beverstedt
04747/918674
info@MP-Ernaehrungsberatung.de

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

- ☐ Übergewicht (BMI 25-29,9)
- ☐ Adipositas (BMI > 30)
- ☐ Bluthochdruck — RR: _____ mmHg
- ☐ Hyperurikämie — Harnsäure: _____ mg/dl
- ☐ Fettstoffwechselstörungen — Gesamtcholesterin: _____ mg/dl
  - HDL: _____ mg/dl
  - LDL: _____ mg/dl
  - Triglyceride: _____ mg/dl
- ☐ Diabetes mellitus — Typ 1 ☐ Typ 2 ☐ insulinpflichtig ☐
- ☐ Nahrungsmittelallergien / Intoleranzen
- ☐ Krebserkrankungen / Mangelernährung
- ☐ Osteoporose
- ☐ Nierenerkrankungen — dialysepflichtig ☐
- ☐ _____
- ☐ Medikamente _____

Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert. Um entsprechende Kostenübernahme wird gebeten.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes