

# Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

(Die Zuweisung ist budgetneutral)



**Alexander Klauß**  
Medizinische Ernährungsberatung

Lieber Patient, bitte bringen Sie dieses Schreiben mit zu Ihrem Ersttermin.

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

**Alexander Klauß**

Oecotrophologe (B.Sc.)  
Ernährungsberater/DGE

Königstraße 8c  
48291 Telgte

**TEL** 02504/986 967 1

**WEB** alexander-klauss.de

**MAIL** info@alexander-klauss.de

**Kurativ**

Eine ernährungstherapeutische Beratung gemäß § 43 SGBV durch einen qualifizierten Ernährungsberater ist notwendig.

Telefonnummer PatientIn: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_ Perzentile: \_\_\_\_\_ Blutdruck: \_\_\_\_\_

Diagnose/Verdachtsdiagnose (mögliche Indikation siehe unten):

Folgende Anlagen liegen bei:

Laborwerte       Medizinische Befundberichte       Medikationsliste

Abschlussbericht erwünscht?

ja       nein       telefonisch       schriftlich

Arztstempel / Unterschrift des Arztes

Indikation(en) für die ernährungstherapeutische Beratung:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas BMI > 30          | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung  | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung                                  |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht BMI > 25         | <input type="checkbox"/> Hypertonie              | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung                                   |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht BMI < 18,5      | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht   | <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz                                |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust, ungewollt   | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Fruktosemalabsorption                            |
| <input type="checkbox"/> Essstörung                   | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung         | <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz                               |
| <input type="checkbox"/> Mangel- und Fehlernährung    | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung  | <input type="checkbox"/> Zöliakie / Sprue / gluteninduzierte Enteropathie |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ: _____ | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung         | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie                           |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung      | <input type="checkbox"/> Pankreasinsuffizienz    | <input type="checkbox"/> _____  |
| <input type="checkbox"/> Metabolisches Syndrom        | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung        | <input type="checkbox"/> _____  |