

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung**  
über Ernährungstherapie / Ernährungsberatung gemäß §43 SGB V

**Patientendaten:**

Name, Vorname geb. am Adresse:

**Krankenkasse bzw. Kostenträger**

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Vertragsarzt-Nr.

Größe: Gewicht:

Taillenumfang: RR: Puls:

**Diagnose:**

- ◇ Adipositas & Metabolisches Syndrom
- ◇ Dyslipoproteinämien
- ◇ Diabetes Mellitus Typ I II
- ◇ Gastrointestinale Erkrankung
- ◇ Onkologische Erkrankung
- ◇ Unverträglichkeiten
- ◇ Nephrologische Erkrankungen
- ◇ Osteoporose
- ◇ Sonstige:
- ◇ Rheuma

**Bemerkungen:**

**Medikation & Labor (evtl. Anlage):**

**Verordnung (Eiweiß, Kalium, Phosphat, Calcium, Trinkmenge, o.ä.):**

Datum / Stempel / Unterschrift des Arztes

**Florian Reistle** ◇ Praxis für Ernährungskultur

Ernährungstherapie – Kurse - BGM

Weilerstr.5 ◇ 82131 Gauting ◇ [www.florian-reistle.de](http://www.florian-reistle.de) ◇ [info@florian-reistle.de](mailto:info@florian-reistle.de) ◇ Tel: 0178 6903032