Ärztliche NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG über Diättherapie / Ernährungsberatung gemäß § 43 SGB V

Zuweisung zur Diätassistentin Anja Kersten zertifizierte allergologische Ernährungstherapie (VDD) Gildenstr. 23 46325 Borken ☎ 02861 / 92 48 59 9	Für …… Name, Vorname geboren am …… Straße, Hausnummer …… PLZ, Ort

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

☐ Adipositas Größe: …… Gewicht: ……

☐ Untergewicht Größe: …… Gewicht: ……

☐ Diabetes mellitus ☐ Typ 1 ☐ Typ 2 ☐ Gestationsdiabetes
HbA1c – Wert: …… Insulinpflichtig: ☐ Ja ☐ Nein

☐ Bluthochdruck RR: ……

☐ Hypercholesterinämie Gesamt-Chol.: …… HDL: …… LDL: ……

☐ Hypertriglyceridämie Triglyceride: ……

☐ Hyperurikämie Harnsäure: ……

☐ Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes Welche?……

☐ Pankreaserkrankung Welche?……

☐ Osteoporose

☐ LM-Unverträglichkeit Welche?……

☐ Allergien Welche?……

☐ Schilddrüsenerkrankung Welche?……

☐ Sonstige Erkrankungen Welche?……

☐ Laborwerte vom: ……	sind **als Kopie** beigefügt
☐ Aktuelle Medikation vom: ……	sind **als Kopie** beigefügt
☐ medizinische Berichte	sind **als Kopie** beigefügt

Ort, Datum Stempel, Unterschrift des Arztes