

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

über Diättherapie gemäß § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
-------	----------	---------------

Strasse / Hausnummer:	PLZ / Wohnort:	Telefon / Mobil:
-----------------------	----------------	------------------

Krankenkasse:	Versicherten-Nr.:
---------------	-------------------

Körpergröße (m):	Körpergewicht (kg):	BMI (kg/qm):
------------------	---------------------	--------------

Diagnose:

Adipositas und Metabolisches Syndrom:

- Übergewicht (BMI 25 – 29,9 / Kg / m²)
- Adipositas (BMI > 30 / Kg / m²)
- Hypertonie
- Übergewicht Kinder (> 90. Perzentile)
- Adipositas Kinder (> 97. Perzentile)
- Hyperurikämie / Gicht

Dyslipoproteinämie und Arteriosklerose:

- Fettstoffwechselstörung
- Herz-Kreislauf-Erkrankung

Diabetes Mellitus:

- Diabetes mellitus
- Typ 1, Insulin:
- Typ 2, OAD: HbA1c- Wert: %

- Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes
- Erkrankungen der Leber und Gallenwege
- Onkologische Erkrankungen:
- Erkrankungen des Pankreas
- Dermatologische Erkrankungen

Bezeichnung:

Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

- Allergien
- Intoleranzen (Laktose, Fructose, Histamin)
- Malabsorption:

Bezeichnung:

Osteoporose und Rheumatische Erkrankungen:

- Osteoporose
- Rheuma
- Gelenkerkrankungen

Mangelernährung:

- Untergewicht:

Bezeichnung:

Essstörungen und Psychosomatik:

- Essstörung
- Depression
- Sonstiges

Bezeichnung:

- Laborwerte vom: sind als Kopie beigefügt

- Aktuelle Medikation vom: sind als Kopie beigefügt

Verordnete Diätprinzipien (z.B.: Eiweißmenge, Trinkmenge...):

Datum / Stempel / Unterschrift des Arztes: