

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung
für eine ernährungstherapeutische Beratung
im Rahmen der Rehabilitation nach § 43 (SGB V)

Angaben zur/zum Versicherten:

Name, Vorname:	geb.:	
Straße, PLZ, Ort:		
Krankenkasse:		

Erkrankung(en)/ Diagnose(n):

<input type="checkbox"/>	Stoffwechselerkrankungen u/ o Erkrankungen der Verdauungsorgane: _____
<input type="checkbox"/>	Übergewicht – BMI: _____ kg/ m ² bzw. _____ Perzentile (BMI) Adipositas – BMI: _____ kg/ m ² bzw. _____ Perzentile (BMI)
<input type="checkbox"/>	Ess-/ Fütterungsstörung: _____ Dystrophie / Mangelernährung: BMI: _____ kg/ m ² bzw. _____ Perzentile (BMI)
<input type="checkbox"/>	Allergien: _____ Nahrungsmittelunverträglichkeiten: _____
<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen, die einer Ernährungstherapie bedürfen: _____

Datum:

Unterschrift Arzt + Arztstempel:

KD ERNÄHRUNGSKONZEPTE

INHABERIN: KERSTIN DOBBERSTEIN

Langenscheidtstr. 9

10827 Berlin

TEL 030 364 281 00 · FAX 030 364 281 020

INFO@KD-ERNAEHRUNGSKONZEPTE.DE · WWW.KD-ERNAEHRUNGSKONZEPTE.DE