

Stempel Arztpraxis



DR. AMBROSIVS

ÄRZTLICHE NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG

Gemäß § 43 SGB V zur begleitend rehabilitativen Ernährungsberatung für:

Vorname, Name des Patienten

Geburtsdatum des Patienten

Ich bestätige dem Patienten (m/w) die Notwendigkeit einer individuellen diagnose-spezifischen Ernährungsberatung zur Ergänzung meiner ärztlichen Behandlung (siehe umseitige Diagnosen).

Unterschrift behandelnder Arzt

Datum

Zur Erstellung eines individuellen Ernährungsplans sind bei dem Patienten folgende ernährungsmittelbedingte Erkrankungen zu berücksichtigen.
Bitte **alle** bereits diagnostizierten **Erkrankungen** ankreuzen.

STOFFWECHSEL-STÖRUNGEN	MAGEN-DARM-ERKRANKUNGEN	ALLERGIEN/UNVERTRÄGLICHKEITEN	SONSTIGE ERKRANKUNGEN
Herz-Kreislauf	Reflux, Gastritis	Lebensmittelallergie	Essstörung
Fettstoffwechsel	Reizmagen, -darm	Unspezifische Nahrungsmittelunverträglichkeit	Rheumatischer Formenkreis
Leberstoffwechsel	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	Malabsorption	Burnout
Harnsäurestoffwechsel	Obstipation	Intoleranzen	Depressionen
Glucosestoffwechsel	Divertikulose/-itis
Nieren	Resektion (auch teilweise, auch ungeplant)
.....	Glutenunverträglichkeit/Zöliakie

ZUSÄTZLICHE GEWICHTSDIAGNOSE

BMI _____ kg/m²: Untergewicht Übergewicht Adipositas Grad _____

Information an die Praxis: Bitte alle relevanten Laborwerte/Befunde in Kopie beifügen!