

Praxisstempel:

Patient

Name: Vorname: geb. am:

BMI:kg/m²

Es liegen nachstehende Folgeerkrankungen vor:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Erhöhung der Blutfette |
| <input type="checkbox"/> KHK/Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Fettleber |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulensyndrom | <input type="checkbox"/> Kniegelenksarthrose | <input type="checkbox"/> andere ... |

Notwendigkeitsbescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, dass bei o. g. Patienten die Notwendigkeit einer ernährungsmedizinischen Beratung im Sinne einer gesundheitsfördernden Maßnahme nach § 43 SGB V vorliegt.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift des Arztes
Stempel