

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

- Ernährungsberatung / Ernährungstherapie -
Asberger Straße 4
47441 Moers

Telefon: 02841 / 107 12469
E-Mail: ernaehrung@st-josef-moers.de

Ärztliche NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG über Diättherapie / Ernährungsberatung gemäß §43 SGB V

Größe: _____ cm **letztes Gewicht:** _____ kg **am:** _____

Ungewollte Gewichtszunahme: ja _____ kg in ____ Monaten Nein

Ungewollte Gewichtsabnahme: ja _____ kg in ____ Monaten Nein

Beratungsrelevante Indikationen:

- Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes _____
- Erkrankungen der Pankreas _____
- Onkologische Erkrankung: _____ Chemotherapie Radiatio
- Diabetes Mellitus Typ 1 Typ 2 Typ 3 seit _____ letzter HbA1C Wert: _____%
- Fettstoffwechselerkrankungen
- Geriatrische/Neurologische Erkrankungen: z.B. Demenz Dekubitus Dysphagie
- Nephrologische Erkrankungen: Niereninsuffizienz Stadium _____ Dialyse
 sonstige: _____
- Allergien / Nahrungsmittelunverträglichkeiten: _____
- sonstiges: _____

Bitte ein aktuelles Labor zur Ernährungsberatung aushändigen.

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt