

# Ärztliche Bescheinigung

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Ärztliche Bescheinigung:

## Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung

### Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Nr. 2 SGB V

Für oben genannte(n) Patientin(en) wird eine Ernährungsberatung auf Grund folgender Indikation erbeten.

#### Indikation:

---

---

---

→ Laborwerte umseitig bitte ankreuzen!

\_\_\_\_\_  
Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

**Hinweis:** Das Ausfüllen der ärztlichen Bescheinigung belastet nicht ihr Heilmittelbudget!

Letzte Laborwerte vom: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

### Zutreffende Indikation vom Arzt

- Untergewicht (BMI < 18,5)
- Übergewicht (BMI 25 – 29,9)
- Adipositas (BMI > 30)
- Bluthochdruck  
RR: \_\_\_\_\_ mmHg
- Hyperurikämie/Gicht  
Harnsäure: \_\_\_\_\_ mg/dl
- Fettstoffwechselstörungen  
Cholesterin: \_\_\_\_\_ mg/dl  
(gesamtes Cholesterin)  
HDL: \_\_\_\_\_ mg/dl  
LDL: \_\_\_\_\_ mg/dl  
Triglyceride: \_\_\_\_\_ mg/dl
- Diabetes mellitus
  - Typ 1     Typ 2
  - HbA1c-Wert: \_\_\_\_\_ %

- Nahrungsmittelallergien/Intoleranzen  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Krebserkrankungen/Mangelernährung
- Osteoporose
- Nierenerkrankung
  - dialysepflicht  
Kreatinin: \_\_\_\_\_ mg/dl
- Sonstiges  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Bitte informieren Sie mich über das Beratungsergebnis.**

**Wichtig!** Bitte vom Patienten ausfüllen!

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Anschrift der Krankenkasse:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Kindern unter  
18 Jahren Unterschrift der Eltern)



Ihr Kompass zur **Ess-Balance**

**Kathleen Dippel**

Ernährungswissenschaftlerin (FH)

0174 . 4 44 69 59,  
www.ess-balance.de, post@ess-balance.de

**Ess-Balance**, Kathleen Dippel,  
Richard-Wagner-Str. 1, 04109 Leipzig