

# Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
Wohnort	
Telefon	

Diagnosen:

Datum:

Bitte zutreffende Diagnosen ankreuzen:

- Untergewicht
- Adipositas – bitte Größe \_\_\_\_\_ und Gewicht \_\_\_\_\_ angeben
- Fettstoffwechselstörungen (bitte Laborwerte)
- Hypertonie: \_\_\_\_\_
- Diabetes mellitus Typ1  
Typ 2 – Medikamente:  
Typ 2 – Insulin:
- Gicht
- Allergie - \_\_\_\_\_
- Lebensmittelintoleranzen - \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenerkrankung - \_\_\_\_\_
- Essstörung
- Andere : \_\_\_\_\_

Medikamente:

Auf Grund der oben genannten Diagnose/n ist eine ernährungstherapeutische Beratung nach §43 notwendig

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift