

## Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen Beratung

§ 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

(Die Zuweisung ist budgetneutral)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse, Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr./E-Mail: \_\_\_\_\_

Vom Arzt aufzufüllen:

letzte Laborwerte vom: \_\_\_\_\_ Bitte in Kopie beifügen

Diagnose(n)/ Befund(e): \_\_\_\_\_

Therapie/ Medikation: \_\_\_\_\_

(evtl. Medikamentenplan in Kopie beifügen)

\_\_\_\_\_  
Stempel des Arztes

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

*Ziele der Ernährungstherapie sind z.B. Einfluss auf die Grunderkrankung zu nehmen, Beschwerden und /oder Komplikationen zu lindern, einer Verschlechterung vorzubeugen, eine Medikamenteneinnahme zu verhindern oder die Dosis zu senken oder die Heilung einer Erkrankung zu unterstützen.*

