

✓ ÄRZTLICHE NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG

ÜBER EINE DIÄTTHERAPIE/ERNÄHRUNGSBERATUNG

(nach §43 Satz 1 Nr. 2 SGB V)

Arzt-Adresse | Stempel und Unterschrift



Hersbrucker Str. 28 1/2
91220 Schnaittach
Tel: 0174 / 7598694
www.ernaehrung-lorenz.de
email: info@ernaehrung-lorenz.de

1. PATIENTENDATEN

Datum _____

Vorname, Name _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Körpergröße (in m) _____

Körpergewicht (in kg) _____

Krankenkasse _____

Versichertennummer _____

Letzte Labordaten vom _____

Labordaten liegen vor Ja Nein

2. ANGABEN ZUR INDIKATION (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Übergewicht / Adipositas: BMI _____

Diabetes mellitus: Typ 1 Typ 2 Nüchternblutzucker (in mg/dl) _____ HbA1c-Wert (in %) _____

Fettstoffwechselstörung: Gesamt-Cholesterin (in mg/dl) _____ Triglyzeride (in mg/dl) _____
LDL (in mg/dl) _____ HDL (in mg/dl) _____

Bluthochdruck: RR (in mmHg) _____ / _____

Hyperurikämie: Harnsäure (in mg/dl) _____

Osteoporose: Kochendichte (T-Wert) _____

Krebserkrankung: mit Gewichtabnahme um _____ in _____

Allergie: Gegen _____

Nahrungsmittelintoleranz: Gegen _____

Nierenerkrankung: Serum-Kreatinin (in mg/dl) _____ Kalium (in mmol/l) _____
Harnstoff (mg/dl) _____ Kalzium (in mmol/l) _____

Chronisch entzündliche Darmerkrankung: akuter Schub Remissionsphase
 Colitis ulcerosa Morbus Crohn CRP (in mg/dl) _____

Reizdarm

Diät: Welche _____

Sonstiges: _____

