



## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (Die Zuweisung ist budgetneutral)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geb. Datum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer PLZ Wohnort

\_\_\_\_\_  
Tel.-Nummer

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Diätverordnung

### Bitte entsprechende Indikation(en) ankreuzen

- Adipositas
- Arteriosklerose / KHK
- CED\*
- Diabetes mellitus Typ 1/2\*
- Gastritis / Ulcus
- Hypertonie
- Hyperurikämie / Gicht Nahrungsmittelallergie\*
- Nahrungsmittelintoleranz /-unverträglichkeit\*
- Onkologische Erkrankung\*
- Reizdarm / Reizmagen
- Untergewicht / Mangelernährung\*
- \* Ergänzung: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Datum, Stempel,  
Unterschrift des Arztes

### Kurativ

Eine ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 o. 2 SGB V durch eine qualifizierte Diätassistentin ist notwendig

### Präventiv

Eine Ernährungsberatung nach § 20 SGB V wird empfohlen

### Untersuchungsergebnisse

vom: \_\_\_\_\_

BMI: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

RR: \_\_\_\_\_ mmHg

HbA<sub>1c</sub>: \_\_\_\_\_ %

Serumcholesterin: \_\_\_\_\_ mg/dl

HDL/LDL: \_\_\_\_\_ mg/dl

Harnsäure: \_\_\_\_\_ mg/dl

Tel.: 0911 133 95 35 9

Karl-Grillenberger-Str. 1 | 90402 Nürnberg

www.katharina-kiowski.de