

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse

Für die Patientin / den Patient

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Versicherungsnummer)

(Adresse)

ist die Teilnahme an einer ambulanten Ernährungstherapie (§ 43 SGB V) dringend indiziert.

Empfehlung:

Dipl. oec. troph. Monika Luskow
Ambulante Ernährungsberaterin, zertifiziert nach VDOe
PRAXIS für Ernährungstherapie
Zum Eckernkamp 2, 21279 Wenzendorf - Dierstorf
Tel: 04165 / 83 85
Mobil: 0172 408 33 06
www.monikalueskow.de



Bitte nehmen Sie zunächst telefonisch Kontakt zur Praxis auf.

Diagnosen (Erkrankungen und Risikofaktoren):

Größe : _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____

- Diabetes mellitus Typ 1 Diagnose

Adipositas-assoziierte Begleiterkrankungen:

- Bluthochdruck Diagnose
- Fettstoffwechselstörungen Diagnose
- Diabetes mellitus Typ 2 Diagnose
- Hyperurikämie Diagnose

• Fructosemalabsorption ppm bis: _____

• Sorbitolintoleranz ppm bis: _____

• Lactoseintoleranz ppm bis: _____

• Mangelernährung / Untergewicht Diagnose

• Reizdarmsyndrom Diagnose

• Zöliakie / Glutensensitivität Diagnose

• Morbus Crohn / Colitis Ulcerosa Diagnose

• Nierenerkrankung Diagnose

• Lebererkrankung Diagnose

• Bauchspeicheldrüsenerkrankung Diagnose

• Tumorerkrankung Diagnose

• Sonstiges: _____

Datum

Unterschrift und Arztstempel