ÄRZTLICHE NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG

Eine ernährungstherapeutische Intervention nach §43 SBG V
durch einen qualifizierten Oecotrophologen ist notwendig.

Name, Vorname Patient/Patientin

Geburtsdatum

Diagnosen bitte ankreuzen

- o Adipositas Grad _____
- o Diabetes mellitus Typ 1/2
- o Herz / Kreislauf
- o Fettstoffwechselstörung
- o Reizdarm, Reizmagen
- o Fettleber
- o Hyperurikämie / Gicht
- o Nahrungsmittel Intoleranz/Unverträglichkeit
- o Chron. entzündl. Darmerkrankung
- o Glutenunverträglichkeit, Zöliakie
- o Nahrungsmittel Allergie
- o Pankreaserkrankungen
- o Rheumatischer Formenkreis
- o Nephrologische Erkrankung
- o Erkrankung der Schilddrüse
- o Multiple Sklerose
- o Essstörung
- o nach bariatrischer OP
- o Sonstige _____
- o _____

Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin

Praxisstempel

Die Verordnung ist extrabudgetär.
Bitte ggf. Blutwerte mitgeben.