

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Über die medizinische Notwendigkeit
einer Ernährungstherapie nach §43 SGB V



VERSICHERTE / R

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Telefon/ Mail:

Krankenversicherung

Versichertennummer

DIAGNOSE / N

MEDIZINISCHER BERICHT LIEGT BEI ☐

LABORERGEBNISSE LIEGEN BEI ☐

BEHANDLUNGSBERICHT ERWÜNSCHT ☐

Mögliche Indikationen:

Adipositas Übergewicht	Fehlernährung	Metabolisches Syndrom
Adipositaschirurgie	Fettstoffwechselstörung	Nahrungsmittelallergie Unverträglichkeit
Arteriosklerose KHK	Fettleber Leberzirrhose Hepatitis	Nephrologische Erkrankung
Cholangitis Cholelithiasis	Gallenerkrankung	Neurologische Erkrankung
COVID-19 Long COVID	Herzinsuffizienz Hypertonie	Onkologische Erkrankung
Darmerkrankung	Hyperurikämie Gicht	Osteoporose
Demenz	Hypothyreose Hyperthyreose	Pankreaserkrankung
Diabetes mellitus	(Schilddrüsenerkrankung)	Rheuma
Dysphagie	Lipödem Lymphödem	Speiseröhrenerkrankung
Esstörung Fütterstörung	Magenerkrankung	Untergewicht
	Mangelernährung	Zöliakie

Die ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V ist aufgrund o.g. Diagnose(n) aus medizinischer Sicht notwendig und erfolgt in Zusammenarbeit mit der Praxis für Ernährungstherapie Lübeck.

Das Ausstellen der Bescheinigung erfolgt budgetunabhängig.

Praxis-/Klinikstempel

Unterschrift Ärztin/Arzt



Praxis für Ernährungstherapie
Dr. Alina Kistenmacher
& Therapeutinnen-Team
Fegefeuer 19a 23552 Lübeck

Tel: 0451-1212548
Fax: 0451-59984862
info@ernaehrung-luebeck.de
www.ernaehrung-luebeck.de