

Ort: _____ , Datum: _____

Notwendigkeitsbescheinigung

Name des Patienten: _____

Krankenkasse: _____

Meinem oben genannten Patienten bestätige ich hiermit die Notwendigkeit einer Ernährungstherapie wegen (Diagnosen):

Besondere ernährungsmedizinische Hinweise (z.B. Proteinrestriktion)

Medizinische Daten/Untersuchungsbefunde vom _____:

Körpergewicht		Cholesterin	
Körpergröße		LDL/HDL	
BMI		Triglyceride	
Bauchumfang		Glucose nüchtern	
		HbA1c	
		GOT	
		GPT	
		Harnsäure	

Mit freundlichen Grüßen

Arzt, Praxis, Stempel