

# Notwendigkeitsbescheinigung für die Ernährungsberatung als begleitende rehabilitative Maßnahme nach § 43 SGB V

hiermit bestätige ich meiner/m Patientin/ten: \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ die medizinische Notwendigkeit zur

## Ernährungsberatung

Diagnose 1: \_\_\_\_\_

Diagnose 2: \_\_\_\_\_

Zur Erstellung eines individuellen Ernährungsplans und zur Kontrolle der Beratung sind die aktuellen Blutwerte eingetragen/als Kopie beigelegt.

Datum der Blutwerte:	GLU:
Chol:	HbA1c:
LDL:	Harns:
HDL:	Kreatinin:
TRI:	vGT
Schilddrüsenunter-/ überfunktion:	RR:

Medikation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Arztes

Notwendigkeitsbescheinigung überreicht von:

**STUDIO FÜR ERNÄHRUNGSBERATUNG**

MARIA RUDACK

DIPLOM OECOTROPHOLOGIN, ERNÄHRUNGSBERATERIN VDOE