



# MP-Ernährungsberatung

## Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

für:

Zuweisung zu:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Nr.	PLZ, Ort	Telefonnummer
Körpergewicht kg	Körpergröße cm	KV-Nummer

MP-Ernährungsberatung



Marina Prigge-Fichtel  
 Paula-Modersohn-Str. 29  
 27616 Beverstedt  
 04747/918674  
 info@MP-Ernaehrungsberatung.de

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

- |                                                                 |                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25-29,9)              | <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI > 30)                                                    |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                          | RR: _____ mmHg                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie                          | Harnsäure: _____ mg/dl                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen              | Gesamtcholesterin: _____ mg/dl                                                                    |
|                                                                 | HDL: _____ mg/dl                                                                                  |
|                                                                 | LDL: _____ mg/dl                                                                                  |
|                                                                 | Triglyceride: _____ mg/dl                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1                | <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> insulinpflichtig <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien / Intoleranzen |                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen / Mangelernährung    |                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose                            |                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen                     | dialysepflichtig <input type="checkbox"/>                                                         |
| <input type="checkbox"/> _____                                  |                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Medikamente                            | _____                                                                                             |

Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert. Um entsprechende Kostenübernahme wird gebeten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Arztes