

# ÄRZTLICHE NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG NACH §43 SATZ 1 NR. 2 SGB V

Arzt-Adresse/ Stempel und Unterschrift

Therapeuten-Adresse/ -Stempel und Unterschrift

## Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: : \_\_\_\_\_  
Körpergröße (in m): \_\_\_\_\_  
Letzte Labordaten vom: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Körpergewicht (in kg): \_\_\_\_\_  
Labordaten liegen vor: ja  nein

## Angaben zur Indikation (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Übergewicht/ Adipositas
- Diabetes mellitus
  - Typ 1  Typ 2
- Fettstoffwechselstörung
  
- Bluthochdruck
- Hyperurikämie
- Osteoporose
- Krebserkrankung
- Allergie
- Nahrungsmittelunverträglichkeit/ -intoleranz
- Nierenerkrankung
  
- Chronisch entzündliche Darmerkrankung
  - Colitis ulcerosa  Morbus Crohn
- (Unspezifisches) Reizdarmsyndrom
- Mangelernährung
  
- Diät
- Sonstiges

BMI: \_\_\_\_\_  
 Bauchumfang  Taillenumfang (in cm) \_\_\_\_\_  
Nüchternblutzucker ( mg/ dl;  mmol/ l): \_\_\_\_\_  
HbA1c-Wert (in %): \_\_\_\_\_  
Gesamt-Cholesterin (in mg/ dl): \_\_\_\_\_  
Triglyzeride (in mg/ dl): \_\_\_\_\_  
LDL (in mg/ dl): \_\_\_\_\_ HDL (in mg/ dl): \_\_\_\_\_  
RR (in mmHg): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Harnsäure (in mg/ dl): \_\_\_\_\_  
Knochendichte (T-Wert): \_\_\_\_\_  
 mit Gewichtsabnahme um \_\_\_ kg in Wochen: \_\_\_  
gegen: \_\_\_\_\_  
gegen: \_\_\_\_\_  
Serum-Kreatinin (in mg/ dl): \_\_\_\_\_  
Harnstoff (in mg/ dl): \_\_\_\_\_  
Kalium (in mmol/ l): \_\_\_\_\_  
Kalzium (in mmol/ l): \_\_\_\_\_  
 Akuter Schub  Remissionsphase  
CRP (in mg/ dl): \_\_\_\_\_  
CRP (in mg/ dl): \_\_\_\_\_  
Albumin (in g/ dl): \_\_\_\_\_  
Eisen (in µg/ dl): \_\_\_\_\_  
welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_