



Ernährungstherapie  
Ernährungsberatung  
Ernährungsbildung

Frau Laborde, 97247 Untereisenheim  
eb@laborde-eisenheim.de  
☎ 01573 5660959



Frau Eichhorn, 97209 Veitshöchheim  
entdeckegesundes@gmail.com  
☎ 0931 4605065



KRANKENKASSE:

---

## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (kurativ)

Hiermit bestätige ich die Notwendigkeit einer  
Ernährungstherapie/Diätberatung/Ernährungsberatung  
nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 o.2 SGB V durch eine/n Diätassistenten/in

Name: \_\_\_\_\_ geb. am:

Anschrift: \_\_\_\_\_

Diagnose / (Verdachtsdiagnose)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas   Übergewicht     | <input type="checkbox"/> Fettleber   Leberzirrhose   Hepatitis            |   |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose   KHK        | <input type="checkbox"/> Gastritis   Ulkus                                | <input type="checkbox"/> Nephrologische Erkrankungen          |
| <input type="checkbox"/> Cholangitis   Cholelithiasis | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz   KHK                           | <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankungen            |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen             | <input type="checkbox"/> Hypertonie                                       | <input type="checkbox"/> Pankreaserkrankungen                 |
| <input type="checkbox"/> COVID-19                     | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie   Gicht                            | <input type="checkbox"/> Rheuma                               |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 oder 2        | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie                           | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung               |
| <input type="checkbox"/> Essstörung   Fütterstörungen | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranz  <br>-unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Untergewicht   Mangelernährung       |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung      |   | <input type="checkbox"/> Zöliakie                             |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsproblem            |   | <input type="checkbox"/> Zustand nach bariatrischer Operation |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____              |   |   |

Ort, Datum

**Hinweis für die Arztpraxis: Diese Zuweisung ist budgetneutral!**

Bitte geben Sie Ihren Patienten gegebenenfalls aktuelle Laborwerte, Medikationsplan und Befunde an die Hand, damit eine zielgerechte Ernährungstherapie erfolgen kann. Vielen Dank.

Arztstempel / Unterschrift