

# Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Diättherapie oder Ernährungsberatung als

- primäre Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V
- ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 SGB V



Krankenkasse \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**Lisa Metner**  
Weger 1  
84549 Engelsberg

Telefon 08634 625-644  
Fax 08634 625-642

E-Mail [therapiezentrum@wegerhof.eu](mailto:therapiezentrum@wegerhof.eu)

Arzt, Name, Anschrift

Mitglied im Verband für Ernährung und Diätetik e. V., [www.vfed.de](http://www.vfed.de)



Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

**Indikation:**

---

**Ziel der Diättherapie/Ernährungsberatung:**

### Folgende Krankheiten liegen vor:

- Stoffwechselkrankheiten
- Adipositas (BMI >30)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Krankheiten des Verdauungssystems
- Nierenerkrankungen
- Nahrungsmittelallergien
- Nahrungsmittelintoleranzen
- Diabetes Typ 1
- Diabetes Typ 2
- Sonstiges

### Befunde:

Blutdruckwerte:	mmHg
Cholesterin:	mmol/l
Blutzuckerwerte:	mg/dl
Kreatinin:	µmol/l
Harnsäure:	µmol/l
Triglyceride:	mmol/l

Erläuterungen bzw. Spezifizierung zur genannten Krankheit:

Sonstiges (Medikamente, Abhängigkeiten etc.):

- Therapiebericht erwünscht!

Die aus dieser ärztlichen Bescheinigung entstehenden Folgekosten sind keine Kosten, die das Heilmittelbudget des verordnenden Arztes belasten!