

ÄRZTLICHE NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG

-nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V-



Arzt - Adresse/Stempel und Unterschrift

Therapeut - Adresse/Stempel und Unterschrift

Patientendaten

Name: _____
Straße, Hausnr.: _____
Geburtsdatum: _____
Körpergröße in m: _____
Letzte Labordaten vom: _____

Datum: _____
Vorname: _____
PLZ, Ort: _____
Krankenkasse: _____
Körpergewicht (in kg): _____
Letzte Labordaten vom: _____

Angaben zur Indikation (zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht / Adipositas | BMI: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II | <input type="checkbox"/> Bauchumfang <input type="checkbox"/> Taille (in cm) _____ |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | Nüchternblutzucker: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | HbA1c-Wert (in %): _____ |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie | Gesamt-Cholesterin (in mg/dl): _____ |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | Triglyceride (in mg/dl): _____ |
| <input type="checkbox"/> Allergie | LDL (in mg/dl): _____ HDL (in mg/dl): _____ |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten/-intoleranz | RR (in mmHg): _____ / _____ |
| <input type="checkbox"/> chronisch entzündliche Darmerkrankung
<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa <input type="checkbox"/> Morbus Crohn | Harnsäure (in mg/dl): _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | Knochendichte (T-Wert): _____ |
| | gegen: _____ |
| | gegen: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Remissionsphase |
| | <input type="checkbox"/> Akuter Schub |
| | _____ |