

# 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):

Übergewicht / Adipositas

BMI: \_\_\_\_\_  
 Bauchumfang  Taille (in cm) \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus  
 Typ I  Typ II

Nüchternblutzucker: \_\_\_\_\_  
HbA1c-Wert (in %): \_\_\_\_\_

Fettstoffwechselstörung

Gesamt-Cholesterin (in mg/dl): \_\_\_\_\_  
Triglyceride (in mg/dl): \_\_\_\_\_  
LDL (in mg/dl): \_\_\_\_\_ HDL (in mg/dl): \_\_\_\_\_

Bluthochdruck

RR (in mmHg): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hyperurikämie

Harnsäure (in mg/dl): \_\_\_\_\_

Osteoporose

Knochendichte (T-Wert): \_\_\_\_\_

Allergie

gegen: \_\_\_\_\_

Nahrungsmittelunverträglichkeiten/-intoleranz

gegen: \_\_\_\_\_

chronisch entzündliche Darmerkrankung

Remissionsphase

Colitis ulcerosa

Morbus Crohn

Akuter Schub

Sonstiges

\_\_\_\_\_