

Ärztliche Verordnung

zur Ernährungstherapie nach § 43 Nr. 2 SGB V

Name, Vorname des Patienten:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Krankenkasse:

Vom behandelnden Arzt auszufüllen

Zutreffende Indikation(en)

- Adipositas BMI: _____
- Übergewicht mit Sekundärerkrankungen
- Erkrankungen der Verdauungsorgane
- Diabetes mellitus Typ ____
- Fettstoffwechselstörung
- Hypertonie
- Hyperurikämie
- Nahrungsmittel-Intoleranz
- Mangelernährung
- Sonstige Diagnose/ Befund
-

Datum/ Unterschrift/ Stempel des Arztes

Diese Verordnung belastet nicht das Heilmittelbudget des Arztes!