

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

(Die Zuweisung ist budgetneutral)

Patientendaten

Name, Vorname: _____
 Straße: _____
 PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____
 Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnr.: _____

Bitte entsprechende Indikation(en) ankreuzen

- Übergewicht / Adipositas
- Zustand nach bariatrischem Eingriff
- Untergewicht
- (Prä)Diabetes __Typ 1 __Typ 2
 __Gestationsdiabetes
- Fettstoffwechselstörung /
 Dyslipidämien
- Bluthochdruck / Hypertonie
- Hyperurikämie / Gicht
- Rheumatische- / Gelenkerkrankungen
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Nahrungsmittelunverträglichkeit/ -intoleranz / -allergie
- Onkologische Erkrankung / Krebserkrankung
- Erkrankung der Schilddrüse / Auffälligkeit
- Weitere Erkrankungen: _____
- _____

Laborwerte vom _____

- Gewicht, Größe, BMI/Perzentile** _____
- Gewicht, Größe, BMI/Perzentile** _____
- Nüchtern-BZ (mg/dl) _____
- HbA1c (%) _____
- gesamt Cholesterin (mg/dl) _____
- HDL/ LDL (mg/dl) _____
- Triglyceride (mg/dl) _____
- RR (mm Hg) _____
- Harnsäure (mg/dl) _____
- Bezeichnung _____
- Bezeichnung _____
- Bezeichnung _____
- Bezeichnung _____
- TSH, T3, T4 _____
- Bezeichnung _____

Medikamente: _____

Weitere wichtige Informationen für die Beratung:

Anlage

- Laborbefunde
- Medikamentenplan
- Befundberichte

Abschlussbericht erwünscht?

Nein Ja telefonisch schriftlich

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes