



# NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG FÜR DIE ERNÄHRUNGSBERATUNG

begleitend rehabilitative Maßnahme nach § 43 SGB V

Hiermit bestätige ich meiner/m Patientin/en

\_\_\_\_\_ ,

geboren am \_\_\_\_\_ die medizinische  
Notwendigkeit einer Ernährungsberatung zur Ernäh-  
rungsumstellung wegen

Diagnose 1: \_\_\_\_\_

Diagnose 2: \_\_\_\_\_

Zur Erstellung eines individuellen Ernährungsplans sind die aktuellen Blut-  
werte umseitig/als Kopie angefügt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

Dieser Rezeptblock dient Ihrer täglichen  
Arbeit mit Ihren Patienten. Mit freundlicher  
Unterstützung durch:



DR. AMBROSIVS

STUDIO FÜR  
ERNÄHRUNGSBERATUNG

Für die Erstellung eines individuellen Ernährungsplanes und zur Kontrolle unserer Beratung benötigen wir zu Beginn und zum Abschluß der Beratungszeit folgende Blutwerte:

Blutwerte vom: \_\_\_\_\_

Chol: \_\_\_\_\_

LDL: \_\_\_\_\_

HDL: \_\_\_\_\_

TRI: \_\_\_\_\_

GLU: \_\_\_\_\_

Hb<sub>A1c</sub>: \_\_\_\_\_

Harnsr: \_\_\_\_\_

Kreatinin: \_\_\_\_\_

γGT: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Schilddrüsenunter-/überfunktion: \_\_\_\_\_

RR: \_\_\_\_\_

bestehende Medikation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

