

Praxis

---

Adresse

---

Telefon / Fax / E-Mail

---

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für die Diät-Therapie  
als begleitend rehabilitative Maßnahme nach § 43 SGB V**

Patient

---

Geburtsdatum

---

Adresse

---

Krankenkasse

---

Meinem oben genannten Patienten bestätige ich hiermit die Notwendigkeit einer Diät-Therapie wegen:

Hauptdiagnosen

---

Zusatzdiagnosen

---

Ort, Datum, Unterschrift: Ärztin/Arzt

---

Medizinische Daten / Untersuchungsbefunde

Körpergröße	cm	BMI	kg/m <sup>2</sup>	Taillenumfang	cm
Körpergewicht	kg	Blutdruck	mmHg		
Cholesterin	mg/dl	HDL	mg/dl	LDL	mg/dl
Triglyceride	mg/dl	Harnsäure	mg/dl	Kreatinin	mg/dl
Blutzucker	mg/dl	HbA1c	mg/dl	GGT	mg/dl

Nahrungsmittelunverträglichkeiten / zu berücksichtigende Lebensumstände