

**Ärztliche Bescheinigung**  
 über die medizinische Notwendigkeit  
 einer Ernährungsberatung §43 Abs 2 SGBV

Stefanie Seling-Stoll  
 Philipp-Jahn-Str. 8  
 28279 Bremen

Tel. 0421 - 8 47 67 49  
 Fax 0421 - 8 47 67 48  
 E-Mail info@seling-stoll.de  
 http://www.seling-stoll.de

Name des Patienten \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versichertennummer \_\_\_\_\_

**Zutreffende Indikation/en bitte ankreuzen**

Schweigepflichtentbindung des Patienten liegt vor  Laborwerte beiliegend

medizinischer Bericht beiliegend

Adipositas Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_  
 zusätzliche Info /Medikation (liegt eine Depression o.a. vor?)

Diabetes Nü-BZ \_\_\_\_\_ HbA1c \_\_\_\_\_ Insulin/OAD \_\_\_\_\_

Fettstoffwechselstörung HDL \_\_\_\_\_ mg/dl LDL \_\_\_\_\_ mg/dl  
 Gesamtcholesterin \_\_\_\_\_ mg/dl Triglyzeride \_\_\_\_\_ mg/dl

Hypertonie RR \_\_\_\_\_ mmHg  Hyperuricämie Harnsäure \_\_\_\_\_ mg/dl

Tumorerkrankung Gewichtsabnahme \_\_\_\_\_ kg/Zeit (10% in 6 Monaten)  
 Albumin \_\_\_\_\_ g/L CRP \_\_\_\_\_ mg/dl

Mangelernährung Eisen \_\_\_\_\_ µg/dl Albumin \_\_\_\_\_ g/l

Lebensmittelunverträglichkeit /Allergie \_\_\_\_\_



- Osteoporose
- Erkrankungen der Verdauungsorgane

zusätzliche Informationen \_\_\_\_\_

- Nierenerkrankungen Dialysepflicht ja  nein

Stadium der Niereninsuffizienz \_\_\_\_\_

Serum-Kreatinin \_\_\_\_\_ mg/dl

Harnstoff \_\_\_\_\_ mg/dl

Kalium \_\_\_\_\_ mmol/l

- sonstige Indikationen

- Medikamente

- Schilddrüsenerkrankung /Auffälligkeiten?

- Essstörung, welche?

- Nach Beendigung der Beratungstermine erfolgt im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit auf Wunsch eine  schriftliche Rückmeldung  
.....  telefonische Rückmeldung ....  keine Rückmeldung erforderlich

---

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes