

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten
geb. am
Datum

**Ernährungsberatung
Dorothee Kempelmann**



Diplom-Ökotrophologin
Ernährungsberaterin/DGE

Kastanienallee 4, 21255 Tostedt
Tel.: 04181 / 942 540 ♦ ernaehrung@kempelmann.org

**Ärztliche Bescheinigung
über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung
nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V**

Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert. Um entsprechende Kostenübernahme wird im Namen des Patienten gebeten.

**Notwendiger zeitlicher Umfang der
Ernährungsberatung/Ernährungstherapie:**

____ Erstberatung á 60 Minuten

____ Folgeberatungen á 30 Minuten

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen

- Fettstoffwechselstörung Chol.: LDL: HDL: TG: (in mg/dl)
- Hypertonie RR:
- Diabetes mellitus Typ II HbA_{1c}:
- Adipositas Größe: cm, Gewicht: kg; BMI = kg/m²
- Fruktosemalabsorption
- Sorbitolintoleranz
- Laktoseintoleranz
- Sonstiges _____

Stempel, Unterschrift des Arztes