

# Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Diättherapie oder Ernährungsberatung als

- ☐ primäre Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V  
☐ ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 SGB V

Krankenkasse

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Arzt, Name Anschrift



REHA ZENTRUM  
Straubing GmbH & Co. KG  
Geiselhöringerstr. 63  
(Westpark)  
94315 Straubing  
Tel (0 94 21) 56 83 8-0  
Fax (0 94 21) 56 83 8-20

ernaehrungsberatung@reha-straubing.de  
www.reha-straubing.de

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

## Indikation:

## Ziel der Diättherapie/Ernährungsberatung:

## Folgende Krankheiten liegen vor:

- ☐ Stoffwechselkrankheiten  
☐ Adipositas (BMI >30)  
☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen  
☐ Krankheiten des Verdauungssystems  
☐ Hyperurikämie  
☐ Mangelernährung  
☐ Nahrungsmittelintoleranzen  
(Lactose, Fructose, Histamin, Gluten)  
☐ Osteoporose  
☐ Diabetes Typ 2  
☐ Sonstiges

## Befunde:

Blutdruckwerte: mmHg

Cholesterin: mmol/l

Blutzuckerwerte: mg/dl

Harnsäure: µmol/l

Triglyceride: mmol/l

Gewichtsabnahme: kg/Zeit

Erläuterungen bzw. Spezifizierung zur genannten Krankheit:

Sonstiges (Medikamente, Abhängigkeiten etc.):

## ☐ Therapiebericht erwünscht!

Die aus dieser ärztlichen Bescheinigung entstehenden Folgekosten sind keine Kosten, die das Heilmittelbudget des verordnenden Arztes belasten!