

# Vom behandelnden Arzt auszufüllen

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname und Anschrift des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**aktiva vita®**  
**Ernährungs- und Bewegungszentrum Stralsund**  
 Anne Schmid  
 Staatlich anerkannte Diätassistentin  
 E-Mail: a.schmid@aktivavita.de  
 Telefon: 03831 / 2030961  
 Internet: www.aktivavita.de

## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für die Ernährungstherapie

\* Pflichtfelder

### \*Diagnose /Befund:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose                       | <input type="checkbox"/> Osteoporose                    |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung               | <input type="checkbox"/> Neurodermitis/ Psoriasis       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ_____            | <input type="checkbox"/> Übergewicht/Adipositas         |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                         | <input type="checkbox"/> Untergewicht                   |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie                         | <input type="checkbox"/> Mangelernährung                |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung                       | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie _____   |
| <input type="checkbox"/> Arthritis/Arthrose                    | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranz _____ |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung der Verdauungsorgane _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung _____                |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____                       |   |

\*Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

\*Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**BMI:** \_\_\_\_\_

Hausbesuch

### \*Ziel/e der ernährungstherapeutischen Maßnahme:

- Bitte um vorherige Rücksprache
- Wiedervorstellung in meiner Praxis am/in \_\_\_\_\_
- zu berücksichtigende Lebensumstände/ Bemerkungen:

aktuelle (relevante) Laborwerte  
*nicht älter als 3 Monate*

Adresse / Stempel des Arztes

Datum / Unterschrift des Arztes