

Ärztliche Bescheinigung  
Über die medizinische Notwendigkeit einer  
Ernährungsberatung  
nach § 43 Satz 1 Nr: 2 SGB V

**bewusst essen**  
Diät- und Ernährungsberatung  
Coaching für ganzheitliche Gesundheit



**Nadine Schönau**  
staatlich anerkannte Diätassistentin  
Kaustaler Straße 30 · 13187 Berlin  
Telefon: 030 89 56 03 67  
Mobil: 0171 89 66 754  
info@bewusst-essen.com  
www.bewusst-essen.com

Hiermit bestätige ich meiner/ m Patientin/ en, die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung zur Ernährungsumstellung.

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

‘ Adipositas/ Untergewicht	<b>BMI:</b> _____
‘ Orthopädische Erkrankungen (Bandsch.etc)	
‘ Diabetes mellitus Medikation	Nüchtern-Blutzucker/ Hb1c: _____ mg/dl
‘ Fettstoffwechselstörung	
‘ Bluthochdruck	
‘ Hyperuricämie	
‘ Tumorerkrankung	Gewichtsabnahme: _____ kg/Zeit_____
‘ Fehl- /Mangelernährung	
‘ Nahrungsmittelallergie	Bezeichnung
‘ Nahrungsmittel-Intoleranzen (Laktose, Fruktose, Gluten, Histamin)	Bezeichnung
‘ Osteoporose	
‘ Erkrankung der Verdauungsorgane	Bezeichnung
‘ Nierenerkrankung	Einschränkung (Flüssigkeit/ Eiweiß)

Möchten Sie über den Verlauf informiert werden?  
Ja/ Nein  
per Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel vom Arzt

