

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

- Fruktosemalabsorption
- Sorbitolintoleranz
- Laktoseintoleranz
- Gastritis, Reizmagen, Reizdarm
- Steatosis hepatis
- Diabetes mellitus Typ II
- Adipositas (Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg)
- Sonstiges _____

Bericht gewünscht

Stempel, Unterschrift des Arztes