



# Therapiva

Therapeuten- & Kompetenzzentrum

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

Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung (nach §§ 20, 43 SGB V)

**Zutreffende Indikation bitte ankreuzen:**

<p><b>Fehl- und Mangelernährung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Übergewicht</li> <li><input type="checkbox"/> Adipositas</li> <li><input type="checkbox"/> Untergewicht</li> <li><input type="checkbox"/> Malnutrition</li> <li><input type="checkbox"/> Spezif. Mikronährstoffmangel</li> </ul> <p><b>Stoffwechselerkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> gestörte Glucosetoleranz</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus</li> <li><input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie</li> <li><input type="checkbox"/> Hypertriglyceridämie</li> <li><input type="checkbox"/> Hypertonie</li> <li><input type="checkbox"/> Hyperurikämie</li> </ul> <p><b>Gefäßerkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Herzinfarkt</li> <li><input type="checkbox"/> KHK</li> <li><input type="checkbox"/> paVK</li> <li><input type="checkbox"/> Lip- und Lymphödem</li> </ul> <p><b>Schilddrüsenerkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hypothyreose</li> <li><input type="checkbox"/> Hyperthyreose</li> <li><input type="checkbox"/> Hashimoto-Thyreoiditis</li> </ul> <p><b>Skelett- und Gelenkerkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Osteoporose</li> <li><input type="checkbox"/> rheumatoide Arthritis</li> <li><input type="checkbox"/> Arthrose</li> </ul>	<p><b>Verdauungserkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Refluxerkrankung</li> <li><input type="checkbox"/> Gastritis</li> <li><input type="checkbox"/> Ulcus ventriculi / duodeni</li> <li><input type="checkbox"/> Leberzirrhose</li> <li><input type="checkbox"/> Cholecystolithiasis</li> <li><input type="checkbox"/> chronische Pankreatitis</li> <li><input type="checkbox"/> Kurzdarmsyndrom</li> <li><input type="checkbox"/> Reizdarmsyndrom</li> <li><input type="checkbox"/> Divertikulose</li> <li><input type="checkbox"/> Divertikulitis</li> <li><input type="checkbox"/> Morbus Crohn</li> <li><input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa</li> <li><input type="checkbox"/> Zöliakie</li> </ul> <p><b>Operationen im Verdauungstrakt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cholecystektomie</li> <li><input type="checkbox"/> Magenresektion</li> <li><input type="checkbox"/> Whipple-OP</li> <li><input type="checkbox"/> Darmresektion</li> </ul> <p><b>Lebensmittelunverträglichkeiten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz</li> <li><input type="checkbox"/> Fructosemalabsorbtion</li> <li><input type="checkbox"/> Sorbitintoleranz</li> <li><input type="checkbox"/> Histaminose</li> <li><input type="checkbox"/> Weizenintoleranz</li> <li><input type="checkbox"/> Andere Lebensmittelallergien</li> </ul> <p><b>Atemwegserkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> COPD</li> <li><input type="checkbox"/> Schlafapnoesyndrom</li> </ul>	<p><b>Hauterkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Neurodermitis</li> <li><input type="checkbox"/> Akne</li> <li><input type="checkbox"/> Psoriasis</li> <li><input type="checkbox"/> Urtikaria</li> </ul> <p><b>Nierenerkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> chronische Niereninsuffizienz</li> <li><input type="checkbox"/> Dialyse</li> </ul> <p><b>Gynäkologische Erkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Polyzystisches Ovarsyndrom</li> <li><input type="checkbox"/> Endometriose</li> </ul> <p><b>Neurologische Erkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kopfschmerzen</li> <li><input type="checkbox"/> Migräne</li> <li><input type="checkbox"/> Appoplex</li> <li><input type="checkbox"/> Multiple Sklerose</li> <li><input type="checkbox"/> Demenz</li> </ul> <p><b>Essstörungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Anorexia nervosa</li> <li><input type="checkbox"/> Bulimia nervosa</li> <li><input type="checkbox"/> Bing-eating-disorder</li> </ul> <p><b>Weitere Erkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> onkologische Erkrankungen</li> </ul>
---	--	---



# Therapiva

Therapeuten- & Kompetenzzentrum

Ich bitte um telefonische Rücksprache zu Beginn der Beratung. Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Therapiebericht gewünscht?**

- ja, per E-Mail
- nein

**Folgende Angaben liegen vor:**

- Laborwerte
- Befunde
- Medikationsliste

Anmerkungen zur Diagnose / zum Auftrag:

---

Datum, Praxisstempel, Unterschrift: