

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Ärztliche Bescheinigung

Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung (§ 43 SGB V)

ARZT	Körpergröße: _____		Gewicht: _____		BMI: _____	
	Zutreffende Indikation:				letzte Laborwerte vom: _____	
	<small>(vom Arzt ausfüllen lassen)</small>					
	<input type="checkbox"/>	Untergewicht (BMI < 18,5)		<input type="checkbox"/>	Übergewicht bei Kindern: > 90. Perzentile	
	<input type="checkbox"/>	Übergewicht (BMI 25-29,9)				
	<input type="checkbox"/>	Adipositas bei Erwachsenen nach ICD-10:				
	<input type="checkbox"/>	E66.00: BMI 30-34,9		<input type="checkbox"/>	E66.01: BMI 35-39,9	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	E66.02: BMI > 40	
	<input type="checkbox"/>	Adipositas bei Kindern: > 97. Perzentile				
	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	RR:	_____	mmHg	
<input type="checkbox"/>	Hyperurikämie/Gicht	Harnsäure:	_____	mg/dl		
<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörungen	Gesamtcholesterin:	_____	mg/dl		
		HDL/LDL:	_____	mg/dl/ _____ mg/dl		
		Triglyceride:	_____	mg/dl		
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Typ 1	<input type="checkbox"/>	Typ 2	
		<input type="checkbox"/>	HbA1c-Wert: _____		%	
<input type="checkbox"/>	Nahrungsmittelallergien/Intoleranzen _____					
<input type="checkbox"/>	Kreislauferkrankungen/Mangelernährung					
<input type="checkbox"/>	Osteoporose					
<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	dialysepflichtig	Kreatinin:	_____ mg/dl	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____					
	<input type="checkbox"/> Bitte informieren Sie mich über das Beratungsergebnis zu dem oben genannten Patienten					
	_____ Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes					

PATIENT	Schweigepflichtsentbindung	
	Hiermit entbinde ich meinen behandelten Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der/dem behandelnden Ernährungstherapeuten bezüglich der von mir gewünschten ernährungstherapeutischen Beratung.	
	Datum	Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)
	Leistungsantrag	
	Ich beantrage aufgrund meiner ernährungsbedingten Erkrankung eine persönliche Ernährungsberatung (§ 43 SGB V)	
	Meine Telefonnummer: _____ ggf. mobil: _____	
	Anschrift meiner Krankenkasse: _____	

	Datum	Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)