

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

Nördliche Ringstr.4  
 91126 Schwabach  
 0176 / 23 91 97 79  
 09122 / 89 62 19  
 Fax: 09122/ 63 18 359



**STEFANIE METTY**

DIÄT- UND ERNÄHRUNGSBERATUNG  
 ERNÄHRUNGSTHERAPIE

Steffi\_Metty@hotmail.com

ww.ernaehrungsberatung-stefanie-metty.de

## Ärztliche Bescheinigung

### Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

#### Zutreffende Indikation:

letzte Laborwerte vom: \_\_\_\_\_

(vom Arzt ausfüllen lassen)

**ARZT**

- Untergewicht (BMI < 18,5)
- Übergewicht (BMI 25-29,9)       Übergewicht bei Kindern: > 90. Perzentile
- Adipositas bei Erwachsenen nach ICD-10:
  - E66.00: BMI 30-34,9       E66.01: BMI 35-39,9       E66.02: BMI > 40
- Adipositas bei Kindern: > 97. Perzentile
- Bluthochdruck      RR: \_\_\_\_\_ mmHg
- Hyperurikämie/Gicht      Harnsäure: \_\_\_\_\_ mg/dl
- Fettstoffwechselstörungen      Gesamtcholesterin: \_\_\_\_\_ mg/dl
  - HDL/LDL: \_\_\_\_\_ mg/dl / \_\_\_\_\_ mg/dl
  - Triglyceride: \_\_\_\_\_ mg/dl
- Diabetes mellitus       Typ 1       Typ 2       HbA1c-Wert: \_\_\_\_\_ %
- Nahrungsmittelallergien/Intoleranzen \_\_\_\_\_
- Krebserkrankungen/Mangelernährung
- Osteoporose
- Nierenerkrankung       dialysepflichtig      Kreatinin: \_\_\_\_\_ mg/dl
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bitte informieren Sie mich über das Beratungsergebnis zu dem oben genannten Patienten

\_\_\_\_\_  
 Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

#### Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich meinen behandelten Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Frau Stefanie Metty 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) durch Stefanie Metty

Meine Telefonnummer: \_\_\_\_\_ ggf. mobil: \_\_\_\_\_

Anschrift meiner Krankenkasse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)

**PATIENT**