

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: _____	
	<b>Zutreffende Indikation:</b>				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"/> 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"/> Krebserkrankungen/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	<b>Schweigepflichtsentbindung</b>	
	<b>Hiermit entbinde ich meinen behandelten Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der/dem behandelnden Ernährungstherapeuten bezüglich der von mir gewünschten ernährungstherapeutischen Beratung.</b>	
	Datum	Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)
	<b>Leistungsantrag</b>	
	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)