

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| 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

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

Telefonnummer des Patienten: _____ ggf. mobil: _____

Zutreffende Indikation:

(vom Arzt ausfüllen lassen)

letzte Laborwerte vom: _____

(falls vorhanden)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI < 18,5) | Übergewicht bei Kindern: | <input type="checkbox"/> > 90. Perzentile |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25-29,9) | Adipositas bei Kindern: | <input type="checkbox"/> > 97. Perzentile |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI >30) | RR: | _____ mmHg |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | Harnsäure: | _____ mg/dl |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht | Gesamtcholesterin: | _____ mg/dl |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen | 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"/> _____ | _____ | |

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt (siehe Stempel oben) von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber des von mir gewählten und von meiner Krankenkasse anerkannten Diätassistenten bezüglich der von mir gewünschten ernährungstherapeutischen Beratung.

Datum

Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich den von mir gewählten und von meiner Krankenkasse anerkannten Diätassistenten von der Schweigepflicht gegenüber dem verordnenden Arzt.

Datum

Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)