

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



Barbara Dirnfeldner
 Ernährungsberaterin/DGE,
 Diätassistentin
 Praxis: Sudetenstr.5a, 91052 Erlangen
 Büro: Eggartenstr. 13, 91341 Röttenbach
 09195/924360
 Fax 09195/924362
www.essen-erlangen.de
info@essen-erlangen.de

Ärztliche Bescheinigung

Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungstherapie

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"/> Nahrungsmittelallergien/Intoleranzen | <input type="checkbox"/> HbA1c-Wert: _____ % | |
| <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)