



Ärztliche Bescheinigung

Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

Telefonnummer des Patienten: _____ ggf. mobil: _____

Zutreffende Indikation:

letzte Laborwerte vom: _____

(vom Arzt ausfüllen lassen)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI < 18,5) | | | |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25-29,9) | Übergewicht bei Kindern: | <input type="checkbox"/> > 90. Perzentile | |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI >30) | Adipositas bei Kindern: | <input type="checkbox"/> > 97. Perzentile | |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck (BMI 25-29,9) | 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"/> _____ | _____ | | |

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

Leistungsantrag

Ich beantrage aufgrund meiner ernährungsbedingten Erkrankung eine persönliche Ernährungsberatung (§ 43 SGB V) durch das RICHTIG ESSEN INSTITUT bzw. durch die RICHTIG ESSEN - Beraterin Miriam Kvesa.

Datum

Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)

Datum/Stempel/Genehmigung der Krankenkasse