

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG
über die medizinische Notwendigkeit
einer Ernährungsberatung
 nach §43 Satz 1 Nr. 2 SGB V



Zuweisung zur Ernährungsberatung für:

NAME		VORNAME	
STRASSE/NR.		PLZ/ORT	
GEBOREN AM			

Die Durchführung einer Ernährungsberatung / Ernährungstherapie ist indiziert.
Um entsprechende Kostenübernahme wird im Namen des Patienten gebeten.

Zutreffenden Indikation(en) bitte ankreuzen:

<input type="radio"/> (Prä) Adipositas	Größe (in cm)	Gewicht (in kg)
<input type="radio"/> Untergewicht		
<input type="radio"/> erhöhter Bauchumfang	(in cm)	
<input type="radio"/> Insulinresistenz / Diabetes mellitus	<input type="radio"/> Typ I <input type="radio"/> Typ II	insulinpflichtig <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Bluthochdruck	RR	
<input type="radio"/> Hypercholesterinämie	Gesamtcholesterin	HDL
<input type="radio"/> Hypertriglyceridämie	TG	
<input type="radio"/> Hyperuricämie		
<input type="radio"/> Osteoporose		
<input type="radio"/> Lebensmittelintoleranzen		
<input type="radio"/> Lebensmittelunverträglichkeiten		
<input type="radio"/> Allergien		
<input type="radio"/> Erkrankungen des Magen Darm Traktes		
<input type="radio"/> Krebserkrankungen		
<input type="radio"/> Essstörung		
<input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen		
<input type="radio"/> Sonstige Erkrankungen		
<input type="radio"/> Medikamente		

Die Ernährungsberatung wird durch eine zertifizierte Diplom Oecotrophologin durchgeführt! Über die Qualifikationen und Zertifikate informieren Sie sich auch unter www.food-coaching.de

Stempel

Datum

Unterschrift des Arztes

www.food-coaching.de