

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 ist indiziert. Um entsprechende Kostenübernahme wird im Namen des Patienten gebeten.

Zutreffenden Indikation(en) bitte ankreuzen:

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