

Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung

Krankenkasse / Kostenstelle	
Name, Vorname des Versicherten	
	Geburtsdatum
KV-Nummer	Status

Zuweisung an

Constanze Thews Diätassistentin Ernährungsberaterin/DGE

Rothusener Weg 12 50374 Erftstadt

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen
(vom Arzt ausfüllen lassen)

letzte Laborwerte vom:

Medikation _____

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI <18,5) | <input type="checkbox"/> Körpergröße | <input type="checkbox"/> Körpergewicht |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25-29,9) | | |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI >30), Stufe: | | |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | RR: _____ mmHg | |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie | Harnsäure: _____ mg/dl | |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen | Gesamtcholesterin: _____ mg/dl | |
| | HDL: _____ mg/dl | |
| | LDL: _____ mg/dl | |
| | Triglyceride: _____ mg/dl | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Typ 1 | <input type="checkbox"/> Typ 2 |
| | <input type="checkbox"/> insulinpflichtig | <input type="checkbox"/> HbA1c |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien / Intoleranzen | <input type="checkbox"/> Rast / Prick-Test | <input type="checkbox"/> Atemtest |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen/Mangelernährung | | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | | |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen: | <input type="checkbox"/> Dialysepflichtig | |
| <input type="checkbox"/> Magen,- Darmerkrankungen | | |
| <input type="checkbox"/> | | |

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes

