

Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung/Therapie

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

Zuweisung an
Constanze Thews Ernährungsberaterin/DGE
Rothusener Weg 12 50374 Erftstadt

Zutreffende **Indikation(en)** bitte ankreuzen
(vom Arzt/Ärztin ausfüllen lassen)

letzte Laborwerte vom: _____

BMI: _____ Perzentile: _____

- Untergewicht (BMI <18,5) Körpergröße _____ Körpergewicht _____
- Übergewicht (BMI 25- 29,9)
- Adipositas (BMI > 30), Stufe: RR: _____ mmHg
Harnsäure: _____ mg/dl
Gesamtcholesterin: _____ mg/dl
 Bluthochdruck HDL: _____ mg/dl
LDL: _____ mg/dl
 Hyperurikämie Triglyceride: _____ mg/dl
- Fettstoffwechselstörung
- Diabetes mellitus Typ I Typ II insulinpflichtig HbA1c _____
- Nahrungsmittelallergien / Intoleranzen Rast/Prick – Test Atemtest

- Onkologische Erkrankungen Mangelernährung
- Nierenerkrankungen Dialysepflichtig
- _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Arzt/Ärztin