

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Ernährungsberatung:

Heidi Bastian
Dipl. oecotroph./VFED Zertifikat
Ahornweg 1
14552 Michendorf
Tel.: 033205-23637
Fax: 033205-23637
E-Mail: info@heidi-bastian.de

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG
Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

Zutreffende Indikation:

(vom Arzt ausfüllen lassen)

letzte Laborwerte vom: _____

ARZT

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI < 18,5) | Übergewicht bei Kindern: | <input type="checkbox"/> > 90. Perzentile |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25-29,9) | Adipositas bei Kindern: | <input type="checkbox"/> > 97. Perzentile |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI >30) | RR: | _____ mmHg |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | Harnsäure: | _____ mg/dl |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht | Gesamtcholesterin: | _____ mg/dl |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen | 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"/> _____ | _____ | |

Bitte informieren Sie mich über das Beratungsergebnis zu dem oben genannten Patienten

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

Leistungsantrag

Ich beantrage aufgrund der oben genannten Indikation eine persönliche Ernährungsberatung.

DRINGEND ERFORDERLICH

PATIENT

Meine Telefonnummer: _____ ggf. mobil: _____

Anschrift meiner Krankenkasse: _____

Datum

Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)