

Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer Diättherapie / Ernährungsberatung § 43 SGB V

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

Größe	Gewicht	BMI
Taillenumfang	Blutdruck	Puls

Zutreffende Indikation/en bitte ankreuzen (vom Arzt auszufüllen)

Adipositas und Metabolisches Syndrom

- Übergewicht (BMI 25-29,9 Kg/m²) Übergewicht Kinder (> 90. Perzentile)
 Adipositas (BMI >30 Kg/m²) Adipositas Kinder (> 97. Perzentile)
 Adipositas permagna Hyperurikämie / Gicht Harnsäure _____mg/dl
 Hypertonie RR _____mm Hg

Dyslipoproteinämie und Arteriosklerose

- Fettstoffwechselstörung Gesamtcholesterin _____mg/dl HDL _____mg/dl LDL _____mg/dl
Triglyceride _____mg/dl
- Herz-Kreislauf-Erkrankung _____

Diabetes mellitus und Medikation

- Neu diagnostiziert seit: _____
- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 HbA_{1c}-Wert _____%
(Datum: _____)
- Gestationsdiabetes Sonstige Form _____
- OAD _____ Insulin _____

Erkrankung des Pankreas

Erkrankungen der Leber und Gallenwege

Nephrologische Erkrankungen

- Niereninsuffizienz _____
- Nephrotisches Syndrom _____
- Urolithiasis _____
- Dialyse / Intervall _____
- Sonstiges _____

Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes

Nahrungsmittelunverträglichkeiten

- Allergien _____
- Intoleranzen _____
- Malabsorption _____

Ess-Störungen und Psychosomatik

- Ess-Störung _____
- Depression _____
- Sonstiges _____

Sonstiges

Laborwerte vom _____ sind als **Kopie** beigelegt

Aktuelle Medikation vom _____ sind als **Kopie** beigelegt

Verordnete Diätprinzipien (z.B. FODMAP-arm, Eiweißmenge, Trinkmenge, . . .)

Beratungsergebnis zu dem oben genannten Patienten gewünscht? ja nein

Datum / Stempel / Unterschrift des Arztes

Leistungsantrag und Datenschutzerklärung (vom Patienten auszufüllen)

Ich beantrage aufgrund meiner ernährungsbedingten Erkrankung eine persönliche Ernährungsberatung (§ 43 SGB V) durch die Ernährungsberatung Bad Wildbad – Magdalene Schnürle.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten erhoben und ausschließlich im Rahmen dieses Leistungsantrages sowie der folgenden Ernährungsberatung verwendet werden.

Meine Daten sind alle geschützt und unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

Eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte wird von mir nicht genehmigt.

Meine Telefonnummer

privat	mobil	geschäftlich
--------	-------	--------------

Anschrift meiner Krankenkasse

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Ort / Datum

Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)