

Ernährungsberatung & Therapie

Ärztliche Zuweisung zur Ernährungstherapie

Nach §43 SGB V zur Heilung oder Linderung von ernährungs (mit) bedingten Erkrankungen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Diagnose(n) – Zutreffendes bitte ankreuzen

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas/ Übergewicht | <input type="checkbox"/> BMI (> 30): | <input type="checkbox"/> Perzentile: | |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht | <input type="checkbox"/> BMI (< 18,5): | <input type="checkbox"/> Perzentile: | |
| <input type="checkbox"/> Mangelernährung | <input type="checkbox"/> siehe Labor: | <input type="checkbox"/> ungewollter Gewichtsverlust | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Typ 1 | <input type="checkbox"/> Typ2 | <input type="checkbox"/> insulinpflichtig |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | | | |
| <input type="checkbox"/> HDL (mg/dl): | <input type="checkbox"/> LDL (mg/dl): | <input type="checkbox"/> Triglyceride (mg/dl): | |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | | | |
| <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankung | <input type="checkbox"/> OP: | | |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie | | | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | | | |
| <input type="checkbox"/> CED | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | | |

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes