

Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen Beratung nach
§ 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

für

Name, Vorname: _____ geb am.: _____

Straße, Nr.: _____

Plz, Ort: _____

Zuweisung zu:



lebenswert
ESSEN

lebenswert essen

Praxis für Ernährungstherapie und -beratung

Zillestraße 107

10585 Berlin

Tel.: 030/ 547 100 93

www.lebenswert-essen.de

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen

- Adipositas** _____
- Untergewicht** Größe _____ Gewicht _____ BMI _____
- Diabetes mellitus** Typ 1 Typ 2 insulinpflichtig: ja nein
- Bluthochdruck** RR: _____
- Hypercholesterinämie** Gesamt-Chol.: _____ HDL: _____ LDL: _____
- Hypertriglyceridämie** Triglyceride: _____
- Hyperuricämie** Harnsäure: _____
- Osteoporose** _____
- Lebensmittelun-
verträglichkeiten** _____
Welche? _____
- Allergien** _____
Welche? _____
- Erkrankungen des
Magen-Darm-Traktes** _____
Welche? _____
- Krebserkrankungen** _____
Welche? _____
- Essstörung** _____
Welche? _____
- Schilddrüsenerkrankung** _____
Welche? _____
- sonstige Erkrankungen** _____
Welche? _____
- Medikamente** _____
Welche? _____
- Medikamentenplan Laborbefund medizinische Berichte liegen bei.

Hiermit weise ich Ihnen den obengenannte(n) Patient(in) zu und bitte um

- telefonische Rücksprache zur Besprechung von Details
 die Zusendung des Beratungsberichts nach Abschluss der Beratung.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes