

(Die Zuweisung ist budgetneutral)

Ernährungstherapeutische Beratung
nach § 43 SGB V notwendig

Name, Vorname

Straße, Wohnort

Telefon

Geburtsdatum

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

Krankenkasse

Versicherungsnummer

☐ Laborbefunde beiliegend

☐ Letzte med. Berichte
beiliegend

Diagnose(n): Bitte Betreffendes ankreuzen

- | | |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Adipositas / Übergewicht | <input type="radio"/> Darmerkrankungen |
| <input type="radio"/> Untergewicht/ Mangelernährung | <input type="radio"/> Gastritis |
| <input type="radio"/> Essstörung | <input type="radio"/> Lebererkrankung |
| <input type="radio"/> Arteriosklerose / KHK | <input type="radio"/> Nahrungsmittelallergie/-
unverträglichkeit |
| <input type="radio"/> Herzinsuffizienz / KHK | <input type="radio"/> Nephrologische Erkrankungen |
| <input type="radio"/> Cholangitis / Cholelithiasis | <input type="radio"/> Rheuma |
| <input type="radio"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="radio"/> Diabetes Mellitus | <input type="radio"/> Zöliakie |
| <input type="radio"/> Hypertonie | <input type="radio"/> Zustand nach bariatrischer Operation |
| <input type="radio"/> Sonstiges | |