

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

■ ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ■
über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung

ARZT	Körpergröße: _____ Gewicht: _____ BMI: _____
	Zutreffende Indikation: _____ letzte Laborwerte vom: _____
	(vom Arzt auszufüllen)
	<input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI < 18,5)
	<input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25-29,9) Übergewicht bei Kindern: <input type="checkbox"/> > 90. Perzentile
	<input type="checkbox"/> Adipositas (BMI >30) Adipositas bei Kindern: <input type="checkbox"/> > 97. Perzentile
	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck RR: _____ mmHg
	<input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht Harnsäure: _____ mg/dl
	<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen Gesamtcholesterin: _____ mg/dl
	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus HDL/LDL: _____ mg/dl/_____ mg/dl
<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"/> _____	
<input type="checkbox"/> Bitte informieren Sie mich über das Beratungsergebnis zu dem oben genannten Patienten	
_____ Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes	

PATIENT	Leistungsantrag
	Ich beantrage aufgrund meiner ernährungsbedingten Erkrankung eine persönliche Ernährungsberatung (§ 43 SGB V) durch das RICHTIG ESSEN INSTITUT.
	<u>DRINGEND ERFORDERLICH</u>
	Meine Telefonnummer: _____ ggf. mobil: _____
	Anschrift meiner Krankenkasse: Heimat Krankenkasse Herforder Straße 23 33602 Bielefeld
	_____ Datum _____ Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)