

Ärztliche Zuweisung für eine ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V

Für	
Name, Vorname	geb. am
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort
Telefonnummer	
Krankenversicherung	

Körpergröße (m): _____ Gewicht (kg): _____ BMI: _____ (kg/m²)

DIAGNOSE	BESCHREIBUNG
<input type="checkbox"/> Übergewicht (Adipositas)	Auf Grund von:
<input type="checkbox"/> Untergewicht	Auf Grund von:
<input type="checkbox"/> Mangel-/Fehlernährung	Beschwerdebild:
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	RR:
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	Chol.: LDL: HDL: TG:
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> HbA1c-Wert: _____ %
<input type="checkbox"/> Hyperurikämie (Gicht)	Harnsäure:
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	Dialyse: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kreatinin: _____ mg/dl GFR: _____ ml/min
<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Magen-Darm-traktes	Welche?
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen	Welche?
<input type="checkbox"/> Lebensmittelunverträglichkeiten / -allergien	Welche?
<input type="checkbox"/> Osteoporose	Auf Grund von:
<input type="checkbox"/> Sonstige	Welche?
Medikamente/ aktuelle Therapie	Welche?

Die Zuweisung hat keinen Einfluss auf das ärztliche Budget (budgetneutral).

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes