

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



Praxis für Ernährungsberatung
und Ernährungstherapie

Tel. +49 (0) 2853 39674
Mail eb.ute.becker@online.de
Web www.eb-becker.de

IBAN DE71 400693630122633501
BIC GENODEM1SMB
Volksbank Schermbeck

St.Nr. 130/5006/1606
Finanzamt Wesel

Ärztliche Bescheinigung

Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

Telefonnummer des Patienten: _____ ggf. mobil: _____

Zutreffende Indikation:

(vom Arzt ausfüllen lassen)

letzte Laborwerte vom: _____

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI < 18,5) | Übergewicht bei Kindern: | <input type="checkbox"/> > 90. Perzentile |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25-29,9) | Adipositas bei Kindern: | <input type="checkbox"/> > 97. Perzentile |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI >30) | RR: | _____ mmHg |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | Harnsäure: | _____ mg/dl |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht | Gesamtcholesterin: | _____ mg/dl |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen | HDL/LDL: | _____ mg/dl/_____ mg/dl |
| | Triglyceride: | _____ mg/dl |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Typ 1 | <input type="checkbox"/> Typ 2 |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien/Intoleranzen | <input type="checkbox"/> HbA1c-Wert: _____ % | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen/Mangelernährung | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> dialysepflichtig | Kreatinin: _____ mg/dl |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | _____ | |

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum