

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

(Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Nr. 2 SGB V)

Für oben genannte(n) Patient(en) wird eine Ernährungsberatung
auf Grund folgender Indikation erbeten.

Indikation: _____

(Laborwerte bitte umseitig ankreuzen)

Datum / Stempel / Unterschrift des Arztes

**Die aus dieser ärztlichen Bescheinigung entstehenden
Folgekosten sind keine Kosten, die Ihr Heilmittelbudget
als verordnenden Arzt belasten.**

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

Zutreffende Indikation: letzte Laborwerte vom: _____

- Untergewicht (BMI < 18,5)
- Übergewicht (BMI 25 < 29,9) Übergewicht bei Kindern: > 90. Perzentile
- Adipositas (BMI < 30) Adipositas bei Kindern: > 97. Perzentile
- Bluthochdruck RR: _____ mmHg
- Hyperurikämie / Gicht Harnsäure: _____ mg/dl
- Fettstoffwechselstörungen Gesamtcholesterin: _____ mg/dl
- HDL: _____ mg/dl LDL: _____ mg/dl Triglyceride: _____ mg/dl
- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 HbA1c-Wert: _____ %
- Nahrungsmittelallergien / Intoleranzen _____
- Krebserkrankungen / Mangelernährung
- Osteoporose
- Nierenerkrankung dialysepflichtig Kreatinin: _____ mg/dl
- _____
- Bitte informieren Sie mich über das Beratungsergebnis

Leistungsantrag

Ich beantrage aufgrund meiner ernährungsbedingten Erkrankung eine persönliche Ernährungsberatung (§ 43 Nr. 2 SGB V)

DRINGEND ERFORDERLICH:

Telefon: _____ Mobil: _____

Anschrift meiner Krankenkasse: _____

Mein persönlicher Berater:

UDO ALTENFELDER

FITNESS-REHA TRAINER · ERNÄHRUNGSBERATER
STAATL. DIÄTASSISTENT · ERSTE-HILFE AUSBILDER

Rückertstrasse 9
96487 Dörfles-Esbach
+49 (0) 151 / 21 19 00 06
udo.altenfelder@gmx.de
www.ernaehrungsberatung-coburg.de