Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung bzw. -therapie

bei Dipl.-Oecotrophologin Antje Schlüschen, VDOe-u. AGA-zertifiziert
Telefon: 04181/969069 www.ernaehrung-therapie.de

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ Ort	KV-Nummer
_____	_____	_____
Köpergewicht kg	Körpergröße cm	Telefon

Zutreffende Indikation (Bitte vom Arzt ausfüllen lassen) letzte Laborwerte vom: _____
(können auch als Kopie angehängt werden)

☐ Übergewicht (BMI 25-29,9) (für Kinder: BMI zwischen der 90. und 97. Perzentile), **BMI =**

☐ Adipositas (BMI > 30) (für Kinder: BMI > 97. Perzentile), **BMI =**

☐ Bluthochdruck: RR: _____mmHg

☐ Fettstoffwechselstörungen:
Gesamtcholesterin: _____ mg/dl
HDL: _____ mg/dl
LDL: _____ mg/dl
Triglyzeride: _____ mg/dl

☐ Diabetes mellitus ☐ Typ 1 ☐ Typ 2
Blutzucker: _____ mg/dl
HbA1c _____ %

☐ Hyperurikämie Harnsäure: _____ mg/dl

☐ Zöliakie Typ: _____

☐ Nahrungsmittelallergien (welche): _____

☐ Fructosemalabsorption ☐ Laktoseintoleranz ☐ Histaminintoleranz

☐ Essstörung: (genaue Bezeichnung) _____

☐ Sonstiges_____

Kostenvoranschlag für die Krankenkasse: 5 x 60,00 € = 300,00 € (die Abrechnung erfolgt nach Aufwand)
Kostenvoranschlag für bariatrische Patienten: 7 x 60,00 € = 420,00 €

_____
Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

Leistungsantrag

Ich beantrage aufgrund meiner ernährungsbedingten Erkrankung eine persönliche Ernährungsberatung (§ 20 SGB V bzw. § 43 SGB V) bei Dipl.-Oecotrophologin Antje Schlüschen.

_____	_____
Datum	Unterschrift (Bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)

_____
Stempel/Genehmigung der Krankenkasse