

Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung bzw. -therapie
bei Dipl.-Oecotrophologin Antje Schlüschen, VDOe- und AGA-zertifiziert

Telefon: 04181/969069

Fax: 04181/969070

www.ernaehrung-therapie.de

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ Ort	KV-Nummer
_____	_____	_____
Körpergewicht 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: Erstgespräch: 1 x 75,00 € plus
4 x 60,00 € (Folgegespräche) = 315,00 €

für bariatrische Patienten:
Erstgespräch: 1 x 75,00 € plus
6 x 60,00 € (Folgegespräche) = 435,00 €

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

Stempel/Genehmigung der Krankenkasse