

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, №

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 =**

Untergewicht (BMI < 18,5) (für Kinder: BMI < 10. Perzentile) **BMI =**

Bluthochdruck: RR: _____ mmHg

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

Fettleber GOT: _____ U/l GPT: _____ U/l GGT: _____ U/l

Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 Blutzucker: _____ mg/dl

HbA1c _____ %

Hyperurikämie Harnsäure: _____ mg/dl

Zöliakie Typ: _____

Nahrungsmittelallergien (welche): _____

Fructosemalabsorption Laktoseintoleranz Histaminintoleranz Reizdarm

Essstörung: (genaue Bezeichnung) _____

Sonstiges (Osteoporose, Rheuma...): _____

Kostenvoranschlag für die Krankenkasse: Erstgespräch: 1 x 75,00 € plus
4 x 75,00 € (Folgegespräche) = 375,00 €

für bariatrische Patienten:
Erstgespräch: 1 x 75,00 € plus
5 x 75,00 € (Folgegespräche) = 450,00 €

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

Stempel/Genehmigung der Krankenkasse