

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 =**

☐ 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 ☐ Sorbitintol. ☐ Histaminin. ☐ Reizdarm

☐ Essstörung: (genaue Bezeichnung) _____

☐ **Sonstiges** (Pankreatitis, Rheuma, Nierenerkr.,...): _____

Kostenvoranschlag für die Krankenkasse:

☐ Erstgespräch: 1 x 75,00 € plus
5 x 75,00 € (Folgegespräche)
Die Abrechnung erfolgt nach Aufwand

☐ **für bariatrische Patienten** (Vor- und Nach-
begleitung): 8 x 75,00 €
Die Abrechnung erfolgt nach Aufwand

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

Stempel/Genehmigung der Krankenkasse