

Kurativ

Eine ernährungstherapeutische Intervention nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 o. 2 SGB V durch eine qualifizierte Dipl.-Oecotrophologin ist notwendig.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname	geb. am	Tel.
Straße, Nr.	PLZ, Ort	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Größe:	cm	Gewicht:	kg	BMI:	kg/m²	Blutdruck:	mmHG
---------------	-----------	-----------------	-----------	-------------	-------------------------	-------------------	-------------

Diagnose(n) / Verdachtsdiagnose(n):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas / Übergewicht | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel-Allergie |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose / KHK | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel-Unverträglichkeit |
| <input type="checkbox"/> Cholangitis / Cholelithiasis | <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Chronisch entzündliche Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Darmbeschwerden / Reizdarm | <input type="checkbox"/> Pankreaserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Essstörung / Fütterstörung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Sodbrennen / Magenprobleme |
| <input type="checkbox"/> Fettleber / Leberzirrhose | <input type="checkbox"/> Untergewicht / Mangelernährung |
| <input type="checkbox"/> Gastritis / Ulkus | <input type="checkbox"/> Verdauungsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz / KHK | <input type="checkbox"/> Zöliakie |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Zustand vor / nach bariatrischer Operation |
| <input type="checkbox"/> Hyperuricämie / Gicht | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Laborbefunde beiliegend

Letzter medizinischer Bericht beiliegend

Ich bitte um

- Zusendung des Beratungsberichts
 Telefonische Rücksprache

Wichtige Information für die Beratung:

Datum, Arztstempel / Unterschrift des Arztes