

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

ZUR VORLAGE BEI IHREM DIÄTASSISTENTEN

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

über die medizinische Notwendigkeit

- einer individuellen Ernährungsberatung
 eines interdisziplinären AbnehmCoachings

Zutreffende Indikation:

- ARZT**
- Untergewicht (BMI < 18,5)
 Übergewicht (BMI 25-29,9) Übergewicht bei Kindern: > 90. Perzentile
 Adipositas bei Erwachsenen nach ICD-10:
 E66.90: BMI 30-34,9 E66.91: BMI 35-39,9 E66.92: BMI > 40
 Adipositas bei Kindern > 97. Perzentile
 Bluthochdruck Hyperurikämie/Gicht Fettstoffwechselstörungen
 Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 Osteoporose
 Nahrungsmittelallergien/Intoleranzen _____
 Krebserkrankungen/Mangelernährung
 Nierenerkrankung dialysepflichtig

 Sonstiges: _____

Anthropometrische Daten und Blutparameter vom: _____ (Datum)

ARZT

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ BMI: _____
 RR: _____ mmHG Harnsäure: _____ mg/dl TG: _____ mg/dl
 Gesamtcholesterin: _____ mg/dl HDL: _____ mg/dl LDL: _____ mg/dl
 Blutzucker: _____ mg/dl HbA1c-Wert: _____
 TSH: _____ mU/l Kreatinin: _____ mg/dl

- laut beigefügter Kopie der Laborwerte
 Bitte informieren Sie mich über das Beratungsergebnis zu dem oben genannten Patienten

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

Leistungsantrag und Datenschutzerklärung (Bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

PATIENT

Ich beantrage einen Zuschuss zu den Kosten einer Ernährungsberatung des AbnehmCoachings durch _____. Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten erhoben und ausschließlich im Rahmen dieses Leistungsantrages sowie der folgenden Ernährungstherapie verwendet werden. Meine Daten sind alle geschützt und unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte wird von mir nicht genehmigt.

Meine Telefonnummer: _____ ggf. mobil: _____

Datum

Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)