

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname, Adresse des Versicherten

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Vertragsarzt-Nr.

VK gültig bis:

Datum:

Ernährungstherapie im DAO

... und Projekte

Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung*

§43 Satz1 Nr. 2 SGB V

Zutreffende Indikationen bitte ankreuzen (vom Arzt ausfüllen lassen)

Körpergröße: _____

Gewicht: _____

BMI: _____ kg/m²

- Adipositas
- Diabetes Mellitus
- Typ:
OAD
- Insulin
- Fettstoffwechselstörung
- Hypertonie (Bluthochdruck)

Werte: _____

- Hyperurikämie
- Mangelernährung
- Tumorerkrankung
- Zöliakie
- NASH
- Nahrungsmittelallergie
- Nahrungsmittelunverträglichkeit
(Fructose, Lactose)
- Osteoporose
- Erkrankungen der Verdauungsorgane
(Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, RDS, ...)

Diätverordnung: _____

Sonstiges: _____

Folgende Anlagen liegen bei:

- Laborwerte
- Medizinische Befundberichte
- Medikamentenplan

Abschlussbericht erwünscht?

- Telefonisch
- Schriftlich
- Nein

Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

bewhatyoueat.de – Silke Hölzer
Ernährungstherapie und Projekte
Meesenring1, 23566 Lübeck
0451-20216294 oder 0179- 45 48 366
info@bewhatyoueat.de

Bankverbindung:
DKB Deutsche Kreditbank
BIC BYLADEM 1001
IBAN DE 73 120 300 00 0017464348
Steuernummer: 22 193 61516



* Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01620 (neu) gem. BMÄ/E-GO berechnungsfähig.