

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

Zuweisung zu einer therapeutischen Ernährungsberatung

Diagnose/Befund:

Indikationskatalog für eine diätetische Ernährung/Ernährungsumstellung

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Adipositas | <input type="radio"/> Hypertonie |
| <input type="radio"/> Z.n. Adipositaschirurgie | <input type="radio"/> Darmerkrankungen |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Lebererkrankungen |
| <input type="radio"/> Nahrungsmittelallergien | <input type="radio"/> Intoleranz, Malabsorption |
| <input type="radio"/> Fettstoffwechselstörungen | <input type="radio"/> Arteriosklerose/Herzinfarkt |
| <input type="radio"/> Fehl-, Mangelernährung | <input type="radio"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="radio"/> Hyperurikämie/Gicht | |

Aktuelle Labor- und Blutdruckwerte o. Kopie des Labors beilegen:

Körpergewicht	_____	Körpergröße	_____
Blutdruckwerte	_____	Harnsäure	_____
Triglyceride	_____	Ges.-Chol.	_____
LDL-Chol.	_____	HDL-Chol.	_____
Blutzucker	_____	Kreatinin	_____
Sonstige	_____	Medikation	_____

Hiermit weise ich Ihnen oben genannte(n) Patient(in) zu.

Stempel/Unterschrift
Ärztin/Arzt

Datum _____