

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"/> Fehl-, Mangelernährung |
| <input type="radio"/> Fettstoffwechselstörungen | <input type="radio"/> Zöliakie |
| <input type="radio"/> Diabetes Typ I | <input type="radio"/> Lebererkrankungen |
| <input type="radio"/> Nahrungsmittelallergien | <input type="radio"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="radio"/> Sonstiges: | |

Laborwerte; ggfalls Laborbericht beilegen:

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

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

Stempel/Unterschrift
Ärztin/Arzt

Datum _____

ZERTIFIKAT
ERNÄHRUNGSBERATER

VDOE
BERUFSVERBAND
OECOTROPHOLOGIE E.V.

Dr. Petra Renner-Weber, Praxis für Ernährungstherapie u. Beratung
Ernst-Ludwig-Str. 23, 55597 Wöllstein
Tel.: 06703-961966, Fax: 06703-960636
www.ihre-ernaehrung.de Mail: praxis@ihre-ernaehrung.de

Qze
Qualitätszirkel Ernährung
Rheinland-Pfalz

Zuweisungsformular Kind