



ERNÄHRUNGSBERATUNG & -THERAPIE

Ärztliche Zuweisung zur Ernährungstherapie

Nach § 43 SGB V zur Heilung oder Linderung von ernährungs(mit)bedingten Erkrankungen.

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Adresse

Diagnose(n) - Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Adipositas/Übergewicht | <input type="radio"/> BMI (>30): | <input type="radio"/> Perzentile: |
| <input type="radio"/> Untergewicht | <input type="radio"/> BMI (<18,5): | <input type="radio"/> Perzentile: |
| <input type="radio"/> Mangelernährung | <input type="radio"/> siehe Labor | <input type="radio"/> ungewollter, hoher Gewichtsverlust |
| <input type="radio"/> Diabetes mellitus | <input type="radio"/> Typ 1 | <input type="radio"/> Typ 2 |
| <input type="radio"/> Fettstoffwechselstörung HDL(mg/dl): | <input type="radio"/> LDL (mg/dl): | <input type="radio"/> Triglyceride(mg/dl): |
| <input type="radio"/> Hypertonie | | |
| <input type="radio"/> Nahrungsmittel-Intoleranz: | <input type="radio"/> Laktose | <input type="radio"/> Fruktose |
| <input type="radio"/> Krebserkrankung | <input type="radio"/> OP: | <input type="radio"/> Sorbit |
| <input type="radio"/> Hyperurikämie | | |
| <input type="radio"/> Nahrungsmittelallergie: | | |
| <input type="radio"/> Zöliakie | | |
| <input type="radio"/> Osteoporose | | |
| <input type="radio"/> CED: | | |
| <input type="radio"/> Verordnete Diät: | | |
| <input type="radio"/> Sonstiges: | | |

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes

Ernährungspraxis Deutschland · Sorbenstr. 62 · 20537 Hamburg

Tel.: 040 - 303 98 64 - 23 · Fax: 040 - 30 39 864 - 66 · info@ernaehrungspraxis-deutschland.de · www.ernaehrungspraxis-deutschland.de