

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

Praxis für Ernährungsberatung
und Gesundheitsförderung
M.Sc. Stephanie Hartlieb
Röderweg 3 Marktstrasse 27
35418 Buseck 57537 Wissen
Tel.: 0152 28665148



www.ernaehrung-fitness-gesundheit.de
e- Mail: hartlieb@ernaehrung-fitness-gesundheit.de

Ärztliche Bescheinigung

Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung

Bei dem / der oben genannten Patienten / Patientin ist aufgrund der vorliegenden Indikation/en eine Ernährungsberatung erforderlich.

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

Telefonnummer des Patienten: _____ ggf. mobil: _____

Zutreffende Indikation:

letzte Laborwerte vom: _____

(vom Arzt ausfüllen lassen)

- Untergewicht (BMI < 18,5)
- Übergewicht (BMI 25-29,9) Übergewicht bei Kindern: > 90. Perzentile
- Adipositas (BMI >30) Adipositas bei Kindern: > 97. Perzentile
- Bluthochdruck (BMI 25-29,9) RR: _____ mmHg
- Hyperurikämie/Gicht Harnsäure: _____ mg/dl
- Fettstoffwechselstörungen Gesamtcholesterin: _____ mg/dl
- HDL/LDL: _____ mg/dl/ _____ mg/dl Triglyceride: _____ mg/dl
- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 HbA1c-Wert: _____ %
- Nahrungsmittelallergien/Intoleranzen: _____
- Darmerkrankung: _____
- Krebserkrankungen/Mangelernährung
- Osteoporose
- Nierenerkrankung dialysepflichtig Kreatinin: _____ mg/dl
- _____

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes