

Zuweisung zu einer Ernährungstherapie §43 SGB V

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Adresse/Stempel des zuweisenden Arztes	Anschrift der Therapiepraxis Ernährungs Konzepte Dipl. oec.troph. Heinke Kalkbrenner (VDOE-Zertifikat) Ernährungsberatung &-therapie Primelstr. 23a 85591 Vaterstetten Tel. 08106 – 99 54 30 Mobil: 0172 – 708 42 55
--	---

Name, Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Diagnosen / Befund:

- Adipositas/Übergewicht: Größe _____ Gewicht _____
bzw. BMI _____ Perzentile (Kinder/Jgdl.) _____
- Chronische Obstipation
- Diabetes mellitus Typ 2
- Diarrhoe
- Fructosemalabsorption
- Laktoseintoleranz
- Zöliakie/gluteninduzierte Enteropathie
- Nahrungsmittelallergien, welche _____
- Hyperlipidämien/Fettstoffwechselstörungen
- Hypertonie
- Hyperurikämie
- Irritables Colon/Reizdarmsyndrom
- Mangel-/Fehlernährung
- Neurodermitis
- Osteoporose
- Pankreatitis
- Refluxösophagitis, Gastritis
- Untergewicht
- Essstörung: _____

Therapie / Medikation:

Aktuelle Laborwerte vom:

Bitte geben Sie eine Kopie des letzten Blutbildes mit.

Hiermit weise ich Ihnen oben genannte(n) Patient(in) zu. Bitte um telefonische Rücksprache
 Endbericht erwünscht

Datum / Unterschrift des Arztes _____