



Krankenkasse: _____

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

geb.am: _____ Telefon: _____

Abschlussbericht erwünscht?

Ja Nein

telefonisch schriftlich

Zuweisung zur Ernährungsberatung /- Therapie nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

<input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Untergewicht <input type="checkbox"/> Größe _____	<input type="checkbox"/> Essstörung	Kinder Jugendliche PZ: _____
<input type="checkbox"/> Körpergewicht: _____ <input type="checkbox"/> BMI: _____	<input type="checkbox"/> Depression	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II	<input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes	<input type="checkbox"/> Glucosetoleranzstörung
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung <input type="checkbox"/> LDL/Chol↑ <input type="checkbox"/> TG↑	<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung
<input type="checkbox"/> Hyperurikämie /Gicht	<input type="checkbox"/> Rheuma /Fibromyalgie	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung: _____	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Reflux <input type="checkbox"/> Oesophagitis
<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung : _____		
<input type="checkbox"/> Mangelernährung: _____	<input type="checkbox"/> Ungewollter Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/> Kau- u. Schluckstörung
<input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Urtikaria <input type="checkbox"/> Neurodermitis/Psoriasis	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie: _____	
<input type="checkbox"/> Nahrungsunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> Laktose <input type="checkbox"/> Fruktose <input type="checkbox"/> Histamin <input type="checkbox"/> Zöliakie	
<input type="checkbox"/> Gastritis <input type="checkbox"/> fkt. Dyspepsie <input type="checkbox"/> Nierensteine	<input type="checkbox"/> Nephrotisches Syndrom	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> Dialyse
<input type="checkbox"/> Gallensteinleiden <input type="checkbox"/> Z.n. Cholezystektomie	<input type="checkbox"/> NALFD <input type="checkbox"/> NASH <input type="checkbox"/> Leberzirrhose _____ <input type="checkbox"/> Aszites	
<input type="checkbox"/> Gallensäureverlustsyndrom	<input type="checkbox"/> Pankreatitis <input type="checkbox"/> Pankreasinsuffizienz	
<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Divertikulose <input type="checkbox"/> Divertikulitis	<input type="checkbox"/> Morbus Crohn <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa <input type="checkbox"/> Kurzdarm <input type="checkbox"/> Reizdarm (RDS)	
_____	_____	

Aktuelle Laborwerte bitte mitgeben

Unterschrift/ Stempel des Arztes