

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

**Birgit Janßen**  
**Diät- Ernährungstherapie**  
**Ulzburger Straße 629**  
**22844 Norderstedt**  
 Tel. 040-30988416  
 Fax 040-30988417  
 E-Mail: birgit.janssen@diaetassistentin.info  
 Internet: www.ernaehrungsberatung-norderstedt.de

## ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

### Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung

ARZT	Körpergröße: _____ Gewicht: _____ BMI: _____
	<b>Zutreffende Indikation:</b> <span style="float: right;">letzte Laborwerte vom: _____</span>
	(vom Arzt ausfüllen lassen)
	<input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI < 18,5)
	<input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25-29,9) <span style="margin-left: 20px;">Übergewicht bei Kindern: <input type="checkbox"/> &gt; 90. Perzentile</span>
	<input type="checkbox"/> Adipositas (BMI >30) <span style="margin-left: 20px;">Adipositas bei Kindern: <input type="checkbox"/> &gt; 97. Perzentile</span>
	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <span style="margin-left: 20px;">RR: _____ mmHg</span>
	<input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht <span style="margin-left: 20px;">Harnsäure: _____ mg/dl</span>
	<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen <span style="margin-left: 20px;">Gesamtcholesterin: _____ mg/dl</span>
	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <span style="margin-left: 20px;">HDL/LDL: _____ mg/dl/ _____ mg/dl</span>
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien/Intoleranzen _____ <span style="margin-left: 20px;">Triglyceride: _____ mg/dl</span>	
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen/Mangelernährung	
<input type="checkbox"/> Osteoporose	
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> dialysepflichtig <span style="margin-left: 20px;">Kreatinin: _____ mg/dl</span>	
<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Bitte informieren Sie mich über das Beratungsergebnis zu dem oben genannten Patienten	
_____ Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes	

PATIENT	<b>Leistungsantrag</b>
	Ich beantrage aufgrund meiner ernährungsbedingten Erkrankung eine persönliche Ernährungsberatung (§ 43 SGB V) Frau Birgit Janßen.
	<b><u>DRINGEND ERFORDERLICH</u></b>
	Meine Telefonnummer: _____ ggf. mobil: _____
	Anschrift meiner Krankenkasse: _____
	_____
	_____
	_____
	_____ Datum
	_____ Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)