

Kostenträger
Versichertendaten
Kassen-Nr, Versicherten-Nr, Status
BSNR, LANR, Datum

Überweisung an Diättherapie /
Ernährungsberatung §43 SGB V / §20 SGB V

Quartal

Die ernährungstherapeutische Beratung ist aus unten
genannten Gründen medizinisch indiziert.

- kurativ präventiv Mit-/Weiterbehandlung

- | | | |
|--|-------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Adipositas | Sonstige Notizen: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankung | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dyslipoproteinämie /Fettstoffwechselstörung | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Pankreas | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Leber und Gallenwege | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Pankreas | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Nephrologische Erkrankungen | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankungen | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mangelernährung | | _____ |

Laborwerte vom: _____

Aktuelle Medikation vom (sind als Kopie beigefügt): _____

Verordnete Diätprinzipien (z.B. Eiweißmenge, Trinkmenge...): _____

Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Größe [m]:
Gewicht [kg]:
BMI:
Taillenumfang [cm]:

Stempel

Sonstiges:
