

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



Hinter der Eich 6  
 63739 Aschaffenburg  
 Tel.: 0170/4844433  
[ruth.gellert@ernaehrungsforum-ab.de](mailto:ruth.gellert@ernaehrungsforum-ab.de)  
[kontakt@leberfasten-aschaffenburg.de](mailto:kontakt@leberfasten-aschaffenburg.de)

## ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

### Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung

	Körpergröße: _____	Gewicht: _____	BMI: _____	
ARZT	<b>Zutreffende Indikation:</b>		letzte Laborwerte vom: _____	
	<small>(vom Arzt ausfüllen lassen)</small>			
	<input type="checkbox"/>	Untergewicht (BMI < 18,5)	<input type="checkbox"/>	Übergewicht bei Kindern: > 90. Perzentile
	<input type="checkbox"/>	Übergewicht (BMI 25-29,9)		
	<input type="checkbox"/>	Adipositas bei Erwachsenen nach ICD-10:		
	<input type="checkbox"/>	E66.00: BMI 30-34,9	<input type="checkbox"/>	E66.01: BMI 35-39,9
	<input type="checkbox"/>	E66.02: BMI > 40		
	<input type="checkbox"/>	Adipositas bei Kindern: > 97. Perzentile		
	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	RR: _____	mmHg
	<input type="checkbox"/>	Hyperurikämie/Gicht	Harnsäure: _____	mg/dl
	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörungen	Gesamtcholesterin: _____	mg/dl
			HDL/LDL: _____	mg/dl/ _____ mg/dl
			Triglyceride: _____	mg/dl
	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Typ 1
			<input type="checkbox"/>	Typ 2
		<input type="checkbox"/>	HbA1c-Wert: _____ %	
<input type="checkbox"/>	Nahrungsmittelallergien/Intoleranzen _____			
<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen/Mangelernährung			
<input type="checkbox"/>	Osteoporose			
<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	dialysepflichtig	
		Kreatinin: _____	mg/dl	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____			
	<input type="checkbox"/> Bitte informieren Sie mich über das Beratungsergebnis zu dem oben genannten Patienten			
	_____			
	Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes			

PATIENT	<b>Leistungsantrag und Datenschutzerklärung</b>		
	<p>Ich beantrage aufgrund meiner ernährungsbedingten Erkrankung eine persönliche Ernährungsberatung (§ 43 SGB V) einen Zuschuß durch Dipl.oec.troph Ruth Gellert. Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten erhoben und ausschließlich im Rahmen dieses Leistungsantrages sowie der folgenden Ernährungsberatung verwendet werden. Meine Daten sind alle geschützt und unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte wird von mir nicht genehmigt.</p>		
	Meine Telefonnummer: _____		ggf. mobil: _____
	Anschrift meiner Krankenkasse: _____		
	_____		
	_____	_____	
	Datum	Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)	

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