

ÄRZTLICHE ZUWEISUNG

NACH § 43 SGB V

ZU EINER ERNÄHRUNGSTHERAPIE

PATIENTENDATEN

VORNAME

NAME

GEBURTSDATUM

ADRESSE

EINE ERNÄHRUNGSTHERAPEUTISCHE BERATUNG
NACH § 43 SGB V IST AUFGRUND RÜCKSEITIGER
DIAGNOSE NOTWENDIG.

- LABORBEFUNDE BEILIEGEND
 MEDIZINISCHE BERICHTE BEILIEGEND

ICH BITTE UM:

- ZUSENDUNG EINES BERATUNGSBERICHTES
 TELEFONISCHE RÜCKSPRACHE

ORT, DATUM

STEMPEL, UNTERSCHRIFT
DES ARZTES

DIAGNOSE

- MANGELERNÄHRUNG / UNTERGEWICHT
 ADIPOSITAS
- GRÖSSE:** CM
GEWICHT: KG
BMI:

- ESSSTÖRUNG
WELCHE:

- LEBENSMITTELUNVERTRÄGLICHKEIT
WELCHE:

- ALLERGIE
WELCHE:

- ERKRANKUNG DES MAGEN-DARM-TRAKTES
WELCHE:

DIABETES MELLITUS

- TYP 1
 TYP 2
- INSULINPFLICHTIG** JA
 NEIN

- HYPERTONIE
RR:

- HYPERCHOLESTERINÄMIE
GESAMTCHOLESTERIN:
- LDL:**
HDL:

- HYPERTRIGLYCERIDÄMIE
TRIGLYCERIDE:

- HYPERURIKÄMIE
HARNSÄURE:

- OSTEOPOROSE

- KREBSERKRANKUNGEN
WELCHE:

- SCHILDDRÜSENERKRANKUNG
WELCHE:

- SONSTIGE ERKRANKUNG/MEDIKAMENTE
WELCHE: