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

ernährungs-check-point
Heike Hofmann
Diätassistentin/ Heilpraktikerin
Hauptstr. 105
31718 Pollhagen
Tel. 05721 9800826
Mobil:01774648316
ecp-hofmann@web.de

Ärztliche Bescheinigung

Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung §43

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

Telefonnummer des Patienten: _____ ggf. mobil: _____

Email:_____

Zutreffende Indikation:
(vom Arzt ausfüllen lassen)

letzte Laborwerte vom: _____
(falls vorhanden, Kopie beifügen)

- ❑ Untergewicht (BMI < 18,5)
- ❑ Übergewicht (BMI 25-29,9) Übergewicht bei Kindern: ❑ > 90. Perzentile
- ❑ Adipositas (BMI >30) Adipositas bei Kindern: ❑ > 97. Perzentile
- ❑ Bluthochdruck RR: _____ mmHg
- ❑ Hyperurikämie/Gicht Harnsäure: _____ mg/dl
- ❑ Fettstoffwechselstörungen Gesamtcholesterin: _____ mg/dl
  HDL/LDL: _____ mg/dl/_____ mg/dl
  Triglyceride: _____ mg/dl
- ❑ Diabetes mellitus ❑ Typ 1 ❑ Typ 2 ❑ HbA1c-Wert: _____%
- ❑ Nahrungsmittelallergien/Intoleranzen _____
- ❑ Krebserkrankungen/Mangelernährung
- ❑ Osteoporose
- ❑ Nierenerkrankung ❑ dialysepflichtig Kreatinin: _____ mg/dl
- ❑ _____

- ❑ 3 Individualberatungen ❑ 6 Individualberatungen

_____

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt, eine kurze Rückmeldung, bezüglich des Beratungsergebnisses, erhält.

_____
Unterschrift des Kunden

Besuchen Sie mich im Internet: www.ecp-hofmann.de