



# ERNÄHRUNGSBERATUNG & -THERAPIE

## Ärztliche Zuweisung zur Ernährungstherapie

Nach § 43 SGB V zur Heilung oder Linderung von ernährungs(mit)bedingten Erkrankungen.

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Adresse

### Diagnose(n) - Zutreffendes bitte ankreuzen:

- |   |                                    |  |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Adipositas/Übergewicht              | <input type="radio"/> BMI (>30):   | <input type="radio"/> Perzentile:                        |
| <input type="radio"/> Untergewicht                        | <input type="radio"/> BMI (<18,5): | <input type="radio"/> Perzentile:                        |
| <input type="radio"/> Mangelernährung                     | <input type="radio"/> siehe Labor  | <input type="radio"/> ungewollter, hoher Gewichtsverlust |
| <input type="radio"/> Diabetes mellitus                   | <input type="radio"/> Typ 1        | <input type="radio"/> Typ 2                              |
| <input type="radio"/> Fettstoffwechselstörung HDL(mg/dl): | <input type="radio"/> LDL (mg/dl): | <input type="radio"/> Triglyceride(mg/dl):               |
| <input type="radio"/> Hypertonie                          |                                    |  |
| <input type="radio"/> Nahrungsmittel-Intoleranz:          | <input type="radio"/> Laktose      | <input type="radio"/> Fruktose                           |
| <input type="radio"/> Krebserkrankung                     | <input type="radio"/> OP:          | <input type="radio"/> Sorbit                             |
| <input type="radio"/> Hyperurikämie                       |                                    |  |
| <input type="radio"/> Nahrungsmittelallergie:             |                                    |  |
| <input type="radio"/> Zöliakie                            |                                    |  |
| <input type="radio"/> Osteoporose                         |                                    |  |
| <input type="radio"/> CED:                                |                                    |  |
| <input type="radio"/> Verordnete Diät:                    |                                    |  |
| <input type="radio"/> Sonstiges:                          |                                    |  |

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes