

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



Diättherapie & Ernährungsberatung

Olessja Kaschin

Diätassistentin für Adipositas/therapie/VDD

Telefon 0951 - 40 888 950

mobil 0152 - 55 99 28 46

ernaehrung.o.kaschin@gmail.com

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung

ARZT

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

Zutreffende Indikation:

(vom Arzt ausfüllen lassen)

letzte Laborwerte vom: _____

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI < 18,5) | Übergewicht bei Kindern: | > 90. Perzentile |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25-29,9) | Adipositas bei Kindern: | <input type="checkbox"/> 97. Perzentile |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI >30) | RR: | <input type="checkbox"/> mmHg |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | Harnsäure: | _____ mg/dl |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht | Gesamtcholesterin: | _____ mg/dl |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen | 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"/> _____ | _____ | |

_____ Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

PATIENT

Leistungsantrag

Ich beantrage aufgrund meiner ernährungsbedingten Erkrankung eine persönliche Ernährungsberatung (§ 43 SGB V) durch Olessja Kaschin

Meine Telefonnummer: _____ ggf. mobil: _____

Anschrift meiner Krankenkasse: _____

_____ Datum

_____ Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)