

Für ihren Arzt

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*)
Name, Vorname des Versicherten							
geb. am							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum			

Ärztliche Empfehlung einer individuellen Ernährungsberatung

Bei dem/der oben genannten Patienten/Patientin ist aufgrund der vorliegenden Indikation/en eine Ernährungsberatung erforderlich.

Indikation/ en: _____

Indikationskatalog für eine diätetische Ernährung/ Ernährungsumstellung

Fettstoffwechselstörungen	Arteriosklerose /Herzinfarkt	Adipositas
Darmerkrankungen	Diabetes	Leber
Hyperurikämie/ Gicht	Pankreaserkrankungen	Hypertonie
Herzinsuffizienz	Magen	Intoleranz
Nahrungsmittelallergie	Galle	

Folgende Datenfelder bitte ausfüllen, sofern die Labordaten bekannt und für die Beratung notwendig sind:

Gesamtcholesterin	HDL	LDL	Triglyceride	Harnsäure	Blutzucker	HbA1c	Kreatinin	Harnstoff

Ergänzende Hinweise (z. B. Medikation):

Datum

Praxisstempel

Unterschrift Ärztin/Arzt