

ÄRZTLICHE ZUWEISUNG ZUR ERNÄHRUNGSTHERAPIE § 43 SGB V

Ernährungstherapeutische Beratung für

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Diagnose/Befund:

- Übergewicht/ Adipositas, (Größe: _____ , Gewicht: _____)
- Untergewicht
- Herz- und Kreislauferkrankungen
- Hypertonie
- Fettstoffwechselstörungen (Hypercholesterinämie, Hypertriglyceridämie)
- Diabetes mellitus Typ 2
- Niereninsuffizienz
- Hepatitis, Typ ____
- Osteoporose
- Rheumatische Erkrankungen
- Diarrhoe
- Obstipation
- Reizdarm-Syndrom
- Lebensmittelunverträglichkeit (Lactose, Fructose, Histamin)
- Zöliakie/ Sprue
- Sonstiges: _____

Medikation:

Aktuelle Laborwerte
(bitte Kopie des Labors beilegen)

Hiermit weise ich Ihnen oben genannte(n) Patient(in) zu.

Aktuelle Laborwerte, Befund und Medikationsliste sind aufgeführt oder beigefügt.

Rückmeldung an die Arztpraxis gewünscht? Ja Nein

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes: _____

medicos.AufSchalke
Reha GmbH & Co.KG

ZAR Zentrum für Ambulante
Rehabilitation, Prävention
und Sport
Ein Unternehmen der
Helmut Nanz-Stiftung

Geschäftsführer:
Nicolaus Philipp Hüssen
USt.IDNr.: DE 233927249
Amtsgericht Gelsenkirchen
HRA 3530

Sparkasse Gelsenkirchen
Kto.-Nr.: 101153856
BLZ: 420 500 01
IBAN: DE18420500010101153856
SWIFT/BIC: WELADED1GEK