

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für eine ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V** (Die Zuweisung ist budgetneutral)

Zuweisung zu

für

**Iss Dich Leicht!**  
Ernährungsberatung

Diplom-Oecotrophologin Anja Höftmann  
Weierstraße 24, 52349 Düren  
Telefon: 02421-2771316, Telefax: 02421-2771317  
www.issdichleicht.de

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname geboren am

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

**Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:**

- |                                                              |                                |                                |                                                                             |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adipositas (Übergewicht)            | Größe:                         | Gewicht:                       | BMI (kg/m <sup>2</sup> ):                                                   |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht                        | Größe:                         | Gewicht:                       | BMI (kg/m <sup>2</sup> ):                                                   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                   | Typ 1 <input type="checkbox"/> | Typ 2 <input type="checkbox"/> | insulinpflichtig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                       | RR:                            |                                |                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Hyperlipidämie                      | Gesamt-Chol.:                  | LDL:                           | HDL:                                                                        |
|                                                              | Triglyceride:                  |                                |                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Hyperuricämie:                      | Harnsäure:                     |                                |                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose                         |                                |                                |                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes | _____<br>Welche?               |                                |                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Allergien                           | _____<br>Welche?               |                                |                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Lebensmittelunverträglichkeiten     | _____<br>Welche?               |                                |                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen                   | _____<br>Welche?               |                                |                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen                   | _____<br>Welche?               |                                |                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen            | _____<br>Welche?               |                                |                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen           | _____<br>Welche?               |                                |                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Essstörungen                        | _____<br>Welche?               |                                |                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen               | _____<br>Welche?               |                                |                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Medikamente                         | _____<br>Welche?               |                                |                                                                             |

Folgende Anlagen liegen bei:    Laborwerte    Medizinische Befundberichte  Medikationsliste

Ich bitte um  Zusendung eines Beratungsberichts nach Abschluss der individuellen Beratung  
 telefonische Rücksprache zu Beginn der Beratung    nach der Beratung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Arztes