



ÄRZTLICHE ZUWEISUNG (Budgetneutral)

Bitte eine Kopie für den Antrag des Patienten auf Bezuschussung durch die KV anfertigen

Adresse/ Stempel des zuweisenden Arztes

Datum: _____

Hiermit weise ich Ihnen folgende/n Patientin/ Patienten zur Ernährungsberatung/-therapie gem. §43 SGB V zu:

Name/Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Krankenkasse: _____

Diagnose/Befund (Zutreffende Indikation/en bitte ankreuzen)

- | | |
|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsbeschwerden | Bezeichnung: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes | OGTT _____ |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | Bezeichnung: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mangelernährung | Bezeichnung: _____ |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung der Verdauungsorgane | Bezeichnung: _____ |
| <input type="checkbox"/> Reizdarmsyndrom | |
| <input type="checkbox"/> Adipositas | BMI: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | Bezeichnung: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | mmHg: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie | |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie/-intoleranz | Bezeichnung: _____ |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis, Urtikaria, Dermatitis | Bezeichnung: _____ |

Bisherige/ derzeitige Therapie/ Medikation: _____

Blutdruck: ____/____ Aktuelle Laborwerte vom: _____

Bitte Kopie der aktuellen Laborwerte, OP-Berichte, Befunde beilegen!

Notwendiger zeitlicher Umfang: ____ Beratungseinheiten (1x Intensivanamnese, ____ Folgeberatungen)

Ich bitte um Rückmeldung telefonisch schriftlich

Ort/Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes