



# 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