



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:

Vor-/Name des Kindes: _____

der Eltern: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Diagnose/Befund (Zutreffende Indikation/en bitte ankreuzen)

- Stoffwechselerkrankung
- Mangelernährung
- Erkrankung der Verdauungsorgane
- Adipositas
- Nahrungsmittelallergie
- Nahrungsmittelintoleranz
- Neurodermitis
- Urtikaria, Dermatitis
- Sonstiges: _____

Bezeichnung: _____

Bezeichnung: _____

Bezeichnung: _____

BMI: _____

Bezeichnung: _____

Bezeichnung: _____

Bezeichnung: _____

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