

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



**RICHTIG ESSEN®
INSTITUT**

Beratungsgesellschaft für
Ernährung und Gesundheit mbH

Monika Brenz-Rickert/Ruth Gellert
Dipl.oec.troph.

Weissenburgerstr. 44
63739 Aschaffenburg

Tel. 06021-98268/440506 Fax 06021-440437
monikabrenz@ernaehrungsforum-ab.de

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

über die medizinische Notwendigkeit

- einer individuellen Ernährungsberatung
 eines interdisziplinären AbnehmCoachings

Zutreffende Indikation:

- Untergewicht (BMI < 18,5)
 Übergewicht (BMI 25-29,9) Übergewicht bei Kindern: > 90. Perzentile
 Adipositas bei Erwachsenen nach ICD-10:
 E66.90: BMI 30-34,9 E66.91: BMI 35-39,9 E66.92: BMI > 40
 Adipositas bei Kindern > 97. Perzentile
 Bluthochdruck Hyperurikämie/Gicht Fettstoffwechselstörungen
 Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 Osteoporose
 Nahrungsmittelallergien/Intoleranzen _____
 Krebserkrankungen/Mangelernährung
 Nierenerkrankung dialysepflichtig
 Sonstiges: _____

ARZT

Anthropometrische Daten und Blutparameter vom: _____ (Datum)

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ BMI: _____
RR: _____ mmHG Harnsäure: _____ mg/dl TG: _____ mg/dl
Gesamtcholesterin: _____ mg/dl HDL: _____ mg/dl LDL: _____ mg/dl
Blutzucker: _____ mg/dl HbA1c-Wert: _____
TSH: _____ mU/l Kreatinin: _____ mg/dl

- laut beigefügter Kopie der Laborwerte
 Individuelle Bewegungstherapie ist möglich
 Bitte informieren Sie mich über das Beratungsergebnis zu dem oben genannten Patienten

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

ARZT

Leistungsantrag und Datenschutzerklärung (Bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Ich beantrage einen Zuschuss zu den Kosten einer Ernährungsberatung
 des **AbnehmCoachings** durch das RICHTIG ESSEN INSTITUT. Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten erhoben und ausschließlich im Rahmen dieses Leistungsantrages sowie der folgenden Ernährungstherapie verwendet werden. Meine Daten sind alle geschützt und unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte wird von mir nicht genehmigt.

Meine Telefonnummer: _____ ggf. mobil: _____

Datum

Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)

PATIENT