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

**Eveline Lazik**
B. Sc. Ökotrophologin
Ernährungsberaterin VDOE
Tel.: 06331- 6813652
Fax: 06331- 2307850
Mobil: 0178- 4483371
E-Mail: eveline.lazik@web.de

# ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung
(Die Zuweisung ist budgetneutral)

**ARZT**

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

**Zutreffende Indikation:** letzte Laborwerte vom: _____
(vom Arzt ausfüllen lassen)

- ❑ Untergewicht (BMI < 18,5)
- ❑ Übergewicht (BMI 25-29,9) Übergewicht bei Kindern: ❑ > 90. Perzentile
- ❑ Adipositas (BMI >30) Adipositas bei Kindern: ❑ > 97. Perzentile
- ❑ Bluthochdruck RR: _____ mmHg
- ❑ Hyperurikämie/Gicht Harnsäure: _____ mg/dl
- ❑ Fettstoffwechselstörungen Gesamtcholesterin: _____ mg/dl
  HDL/LDL: _____ mg/dl/_____ mg/dl
  Triglyceride: _____ mg/dl
- ❑ Diabetes mellitus ❑ Typ 1 ❑ Typ 2 ❑ HbA1c-Wert: _____ %
- ❑ Nahrungsmittelallergien/Intoleranzen _____
- ❑ Krebserkrankungen/Mangelernährung
- ❑ Osteoporose
- ❑ Nierenerkrankung ❑ dialysepflichtig Kreatinin: _____ mg/dl
- ❑ _____

❑ Bitte informieren Sie mich über das Beratungsergebnis zu dem oben genannten Patienten

_____
Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

**PATIENT**

**Leistungsantrag**

Ich beantrage aufgrund meiner ernährungsbedingten Erkrankung eine persönliche Ernährungsberatung (§ 43 SGB V) durch Frau Eveline Lazik.

**DRINGEND ERFORDERLICH**

**Meine Telefonnummer:** _____ **ggf. mobil**: _____

**Anschrift meiner Krankenkasse:** _____

_____

_____ _____
Datum Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)