

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.: 07271-9067470  
 Mobil: 0178-4483371  
 Fax: 07271-5009337  
 E-Mail: eveline.lazik@web.de

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

<b>ARZT</b>	Körpergröße: _____ Gewicht: _____ BMI: _____
	<b>Zutreffende Indikation:</b> <span style="float: right;">letzte Laborwerte vom: _____</span>
	<small>(vom Arzt ausfüllen lassen)</small>
	<input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI < 18,5)
	<input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25-29,9) <span style="margin-left: 50px;">Übergewicht bei Kindern: <input type="checkbox"/> &gt; 90. Perzentile</span>
	<input type="checkbox"/> Adipositas (BMI >30) <span style="margin-left: 50px;">Adipositas bei Kindern: <input type="checkbox"/> &gt; 97. Perzentile</span>
	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <span style="margin-left: 50px;">RR: _____ mmHg</span>
	<input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht <span style="margin-left: 50px;">Harnsäure: _____ mg/dl</span>
	<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen <span style="margin-left: 50px;">Gesamtcholesterin: _____ mg/dl</span>
	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <span style="margin-left: 50px;">HDL/LDL: _____ mg/dl/ _____ mg/dl</span>
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien/Intoleranzen _____	
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen/Mangelernährung	
<input type="checkbox"/> Osteoporose	
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> dialysepflichtig <span style="margin-left: 50px;">Kreatinin: _____ mg/dl</span>	
<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Bitte informieren Sie mich über das Beratungsergebnis zu dem oben genannten Patienten	
_____	
Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes	

<b>PATIENT</b>	<b>Leistungsantrag</b>
	Ich beantrage aufgrund meiner ernährungsbedingten Erkrankung eine persönliche Ernährungsberatung (§ 43 SGB V) durch Frau Eveline Lazik.
	<b><u>DRINGEND ERFORDERLICH</u></b>
	Meine Telefonnummer: _____ ggf. mobil: _____
	Anschrift meiner Krankenkasse: _____
	_____
_____ Datum	
_____ Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)	