

Zuweisung zu einer Ernährungsberatung

Krankenkasse

Kassen Nr.

Name, Vorname

geb. am

Wohnort

PLZ

Straße

Hausnummer

Versicherten-Nr.

VK gültig bis

Diagnose/Befund:

Indikationskatalog für eine diätetische Ernährung/Ernährungsumstellung

- | | | |
|---|---|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Adipositas | <input type="radio"/> Hypertonie | <input type="radio"/> Magen |
| <input type="radio"/> Hyperurikämie/Gicht | <input type="radio"/> Darmerkrankungen | <input type="radio"/> Galle |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Nahrungsmittelallergien | |
| <input type="radio"/> Fettstoffwechselstörungen | <input type="radio"/> Arteriosklerose/Herzinfarkt | |
| <input type="radio"/> Fehl-, Mangelernährung | <input type="radio"/> Leber | |
| <input type="radio"/> _____ | | |

Aktuelle Labor- und Blutdruckwerte, ggfalls Kopie des Labors beilegen:

| | | | |
|----------------|-------|-------------|-------|
| Körpergewicht | _____ | Körpergröße | _____ |
| Blutdruckwerte | _____ | Harnsäure | _____ |
| Triglyceride | _____ | Ges.-Chol. | _____ |
| LDL-Chol. | _____ | HDL-Chol. | _____ |
| Blutzucker | _____ | Kreatinin | _____ |
| Sonstige | _____ | Medikation | _____ |

Hiermit weise ich Ihnen oben genannte(n) Patient(in)

mit der Bitte um Zusendung eines Beratungsberichtes (falls gewünscht, bitte ankreuzen) zu.

Stempel/Unterschrift
Ärztin/Arzt

Datum _____

Sabine Schlicker, Ernährungsberaterin/DGE, Qualitätszirkel Ernährung

Praxis für Ernährungsberatung und -therapie,
Kurgartenstr. 1, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel.: 0 26 41/ 801-112 mobil: 0163/ 1943682,
Email: ernaehrung.schlicker@web.de

QZE
Qualitätszirkel Ernährung
Rheinland-Pfalz