

Name/Adresse der Krankenkasse:

Ursula Pauli
Diplom Oecotrophologin
Ernährungsberatung u. -therapie
Peter-Warnecke-Weg 12b
Tel. 0221 / 320 342 87
mobil 0172 / 58 33 424
info@ernaehrung4you.de
www.ernaehrung4you.de
Steuernr. 218/5186/2990

Ärztliche Bescheinigung
über die medizinische Notwendigkeit einer
ernährungstherapeutischen
Beratung nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

für Patientin/Patient

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Telefon mobil

Krankenversicherungs-Nr.

Für oben genannte(n) Patientin(en) wird eine Ernährungsberatung aufgrund folgender Indikation erbeten:

Indikation: _____

Da von einer Ernährungsumstellung eine Besserung der Symptomatik zu erwarten ist, halte ich eine wissenschaftlich fundierte Ernährungstherapie von mind. _____ Terminen für angezeigt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

Diplom Oecotrophologin Ursula Pauli
Peter-Warnecke-Weg 12 b, 51061 Köln, Tel.: 0221 / 320 342 87
info@ernaehrung4you.de
www.ernaehrung4you.de

Patientin/Patient: _____

Körpergröße: _____

Gewicht: _____

BMI: _____

Zutreffende Indikation: letzter Laborwert vom:

Untergewicht (BMI < 18,5)

Übergewicht (BMI 25-29,9)

Adipositas (BMI > 30)

Hypertonie

Hyperurikämie/Gicht

Hyperlipidämien

HDL: _____ mg/dl

LDL: _____ mg/dl

Triglyceride: _____ mg/dl

Nüchtern-BZ: _____

Nahrungsmittelallergien/-intoleranzen: _____

Malnutrition: _____

Neurodermitis: _____

Nierenerkrankungen:

o dialysepflichtig

o Kreatin: mg/dl

Osteoporose

Refluxoesophagitis/Gastritis

Rheumatoide Arthritis

Schilddrüsenerkrankungen: _____

Sonstige: _____

Medikamente: _____

Bitte informieren Sie mich über das Beratungsergebnis

Diplom Oecotrophologin Ursula Pauli

Peter-Warnecke-Weg 12 b, 51061 Köln, Tel.: 0221 / 320 342 87

info@ernaehrung4you.de

www.ernaehrung4you.de