

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV *)
Name, Vorname des Versicherten							
geb. am							
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status					
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum					

Für ihren Arzt

Ärztliche Empfehlung einer individuellen Ernährungsberatung

Bei dem/der oben genannten Patienten/Patientin ist aufgrund der vorliegenden Indikation/en eine Ernährungsberatung erforderlich.

Indikationen: _____

Indikationskatalog für eine diätetische Ernährung/Ernährungsumstellung

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Fettstoffwechselstörungen | <input type="radio"/> Arteriosklerose /Herzinfarkt | <input type="radio"/> Adipositas |
| <input type="radio"/> Darmerkrankungen | <input type="radio"/> Leber | |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Nahrungsmittelallergie | |
| <input type="radio"/> Hyperurikämie/Gicht | <input type="radio"/> Pankreaserkrankungen | |
| <input type="radio"/> Hypertonie | <input type="radio"/> Galle | |
| <input type="radio"/> Herzinsuffizienz | <input type="radio"/> Magen | |

Folgende Datenfelder bitte ausfüllen, sofern die Labordaten bekannt und für die Beratung notwendig sind

Gesamtcholesterin	HDL	LDL	Triglyceride	Harnsäure
-------------------	-----	-----	--------------	-----------

Blutzucker Bereich:	HbA1c	Kreatinin	Harnstoff
---------------------	-------	-----------	-----------

Ergänzende Hinweise (z.B. Medikation):

Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

Praxisstempel: _____