

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

Lina Liedtke
Diplom Oecotrophologin
Ernährungsberaterin/DGE
Diabetesberaterin DDG
Werdener Str. 13-15
40878 Ratingen
Tel.: 02102-38 99 33 2
www.ernaehrung-liedtke.de
ernaehrung-liedtke@web.de

Ärztliche Bescheinigung Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung

Telefonnummer des Patienten: _____

Körpergewicht (in kg): _____ Körpergröße (in cm): _____ BMI: _____

Diagnose:

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> | Hypertonie | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> | Osteoporose | <input type="checkbox"/> |
| Übergewicht | <input type="checkbox"/> | Zöliakie / Sprue | <input type="checkbox"/> |
| Untergewicht | <input type="checkbox"/> | Laktoseintoleranz | <input type="checkbox"/> |
| Hyper- / Dyslipoproteinämie | <input type="checkbox"/> | Fruktosemalabsorption | <input type="checkbox"/> |
| Obstipation (Verstopfung) | <input type="checkbox"/> | Hyperurikämie / Gicht | <input type="checkbox"/> |

Sonstige _____

Therapie / Medikamente, die für die Ernährungstherapie relevant sind:

Aktuelle Laborwerte vom _____, die für die Ernährungstherapie relevant sind:

- | | | | |
|---------------------------|-------|-----------------------|-------|
| Gesamtcholesterin (mg/dl) | _____ | Triglyceride (mg/dl) | _____ |
| HDL (mg/dl) | _____ | LDL (mg/dl) | _____ |
| Harnsäure (mg/dl) | _____ | Blutdruck (mmHg) | _____ |
| Blutzucker (mg/dl) | _____ | HbA _{1c} (%) | _____ |

Sonstige _____

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

Unterschrift/Datum/Stempel des zuweisenden Arztes