

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				



Facharztzentrum
am Westend

Mainzer Landstraße 65
60329 Frankfurt/Main

E-Mail: frankfurt@arztzentrum.de
www.frankfurt.arztzentrum.de

Ärztliche Empfehlung / Notwendigkeitsbescheinigung

(Die Bescheinigung wird von Ihrem Arzt ausgefüllt und unterschrieben.
Bitte bringen Sie diese zu Ihrem ersten Gespräch bei uns mit.)

Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

DIAGNOSE (BITTE DIAGNOSE ANGEBEN UND KREUZ SETZEN):

ADIPOSITAS UND METABOLISCHES SYNDROM

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25,5-29,9 kg/m ²) | <input type="checkbox"/> Übergewicht Kinder (> 90. Perzentile) |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI > 30 kg/m ²) | <input type="checkbox"/> Adipositas Kinder (> 97. Perzentile) |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht |

DYSLIPOPROTEINÄMIE UND ARTERIOSKLEROSE

- Fettstoffwechselstörung
 Herz-Kreislauf-Erkrankung

DIABETES MELLITUS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ I | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ II |
| <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes | |

WEITERE RELEVANTE ERKRANKUNGEN

- Erkrankung des Gastrointestinaltraktes (CED, Diarrhöe, Obstipation, Divertikulose, Reizdarm)
 Erkrankung der Gelenke (Rheuma, Arthritis, Osteoporose)
 Erkrankung der Leber, Gallenwege, Niere
 Dermatologische Erkrankungen
 Onkologische Erkrankungen/ Zustand nach Krebserkrankung
 Mangelernährung (ungewollter Gewichtsverlust)
 Nahrungsmittelallergie / Nahrungsmittelunverträglichkeit
 Sonstiges

Datum/ Stempel/ Unterschrift