

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

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