

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

Eva-Maria Hirnigl  
 staatlich gepr. Diätassistentin  
 Küfergasse 4  
 71720 Oberstenfeld  
 Tel. 07062-9039490  
 info@ernaehrung-hirnigl.de

## ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

### Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung

ARZT	Körpergröße: _____ Gewicht: _____ BMI: _____
	<b>Zutreffende Indikation:</b> (vom Arzt ausfüllen lassen) <span style="float: right;">letzte Laborwerte vom: _____</span>
	<input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI < 18,5) <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25-29,9) <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI >30) <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen
	Übergewicht bei Kindern: <input type="checkbox"/> > 90. Perzentile Adipositas bei Kindern: <input type="checkbox"/> > 97. Perzentile
	RR: _____ mmHg Harnsäure: _____ mg/dl Gesamtcholesterin: _____ mg/dl HDL/LDL: _____ mg/dl/_____ mg/dl Triglyceride: _____ mg/dl
	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> HbA1c-Wert: _____ %
	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien/Intoleranzen _____
	<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen/Mangelernährung
	<input type="checkbox"/> Osteoporose
	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> dialysepflichtig <input type="checkbox"/> Kreatinin: _____ mg/dl
<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Bitte informieren Sie mich über das Beratungsergebnis zu dem oben genannten Patienten	
_____ Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes	

PATIENT	<b>Leistungsantrag</b>
	Ich beantrage aufgrund meiner ernährungsbedingten Erkrankung eine persönliche Ernährungsberatung (§ 43 SGB V) durch die Ernährungstherapeutin und zertifizierte Diätassistentin Frau Eva-Maria Hirnigl.
	<b><u>DRINGEND ERFORDERLICH</u></b>
	Meine Telefonnummer: _____ ggf. mobil: _____
	Anschrift meiner Krankenkasse: _____ _____
	_____ Datum <span style="float: right;">_____ Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)</span>