

Hiermit weise ich  
meinen Patienten einer  
Ernährungstherapie zu

**Indikation für die Ernährungstherapie**  gemäß § 43 SGB V (5 Termine)  
 gemäß § 20 SGB V (3 Termine)

Bitte Laborwerte mit Datum oder Kopie des Labors für Ernährungsberaterin mitgeben

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht / Adipositas                          | <input type="checkbox"/> Größe / Gewicht _____<br>Datum/Laborwert: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck / KHK                               | <input type="checkbox"/> RR  |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie                                     | <input type="checkbox"/> Harnsäure                                       |
| <input type="checkbox"/> Hyperlipidämie                                    | <input type="checkbox"/> Gesamtchol.                                     |
|  | <input type="checkbox"/> HDL   |
|  | <input type="checkbox"/> LDL   |
|  | <input type="checkbox"/> Triglyceride                                    |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                                 | <input type="checkbox"/> Typ I   |
|  | <input type="checkbox"/> Typ II  |
|  | <input type="checkbox"/> HbA1c   |
|  | <input type="checkbox"/> HbA1c   |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung / Fragestellung _____            | <input type="checkbox"/> Harnstoff                                       |
|  | <input type="checkbox"/> Kreatinin                                       |
|  | <input type="checkbox"/> Harnsäure                                       |
| <input type="checkbox"/> Gastro-Enterologische Beschwerden / Fragestellung |  |
| <input type="checkbox"/> Magen   |  |
| <input type="checkbox"/> Darm  |  |
| <input type="checkbox"/> Leber   |  |
| <input type="checkbox"/> Galle   |  |
| <input type="checkbox"/> Pankreas  |  |
| <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankung _____                     |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges   |  |

Hinweise / bisherige Therapie / Medikation?

- Ich bitte um Rückmeldung       telefonisch       schriftlich

Anschrift / Stempel des zuweisenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift