

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebstätten- Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Dipl. Oecotrophologe Edgar Schröer
 Ernährungsberatung - psychologische Beratung
 im GAP-Zentrum
 Schwanallee 17
 35037 Marburg
 Tel. 06421 - 968 48 80
 www.gap-ernaehrung.de

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung einer ernährungstherapeutischen Intervention nach § 43Abs. 1 Nr. 1 o. 2 SGB V durch qualifizierten Oecotrophologen.
 (Die Zuweisung ist budgetneutral.)

Diagnose / Verdacht: _____

Auftrag / wichtige Informationen für die Beratung: _____

Laborwerte
 Medizinische Befundberichte
 Medikationsliste

Indikationskatalog für eine diätetische Ernährung/Ernährungsumstellung

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas / Übergewicht | <input type="checkbox"/> Fettleber / Leberzirrhose / Hepatitis | <input type="checkbox"/> Nephrologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose / KHK | <input type="checkbox"/> Gastritis / Ulkus | <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Cholangitis / Cholelithiasis | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz / KHK | <input type="checkbox"/> Pankreaserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> chronisch entzündliche Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 / 2 | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Essstörung / Futterstörungen | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie | <input type="checkbox"/> Untergewicht / Mangelernährung |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranz / -unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Zöliakie |
| | | <input type="checkbox"/> Zustand nach bariatrischer Operation |

Sonstiges _____

Größe:	cm	Gewicht:	kg	BMI:	kg/m ²	Perzentile:	Blutdruck:	mmHG
--------	----	----------	----	------	-------------------	-------------	------------	------

Ich bitte um Zusendung eines Beratungsberichtes.

Ablauf und Kostenerstattung durch die Krankenkassen:

Von **ärztlicher Seite** werden diesem ausgefülltem Vordruck für die ernährungstherapeutische Beratung noch, falls vorhanden, Blutwerte und Befundberichte beigelegt.

Sie als **Patient / Patientin** nehmen Kontakt zum Ernährungsberater auf und vereinbaren einen Termin.

Arztstempel / Unterschrift