

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



**RICHTIG ESSEN<sup>®</sup>**  
**INSTITUT**  
 Beratungsgesellschaft für  
 Ernährung und Gesundheit mbH

Dipl.-troph. Margret Leupold  
 Mewesstr. 32  
 13125 Berlin  
 Tel: 030/94397090

## ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

### Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung

ARZT	Körpergröße: _____ Gewicht: _____ BMI: _____
	<b>Zutreffende Indikation:</b> <span style="float: right;">letzte Laborwerte vom: _____</span>
	(vom Arzt ausfüllen lassen)
	<input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI < 18,5)
	<input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25-29,9) <input type="checkbox"/> Übergewicht bei Kindern: > 90. Perzentile
	<input type="checkbox"/> Adipositas bei Erwachsenen nach ICD-10:
	<input type="checkbox"/> E66.00: BMI 30-34,9 <input type="checkbox"/> E66.01: BMI 35-39,9 <input type="checkbox"/> E66.02: BMI > 40
	<input type="checkbox"/> Adipositas bei Kindern: > 97. Perzentile
	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck      RR: _____ mmHg
	<input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht      Harnsäure: _____ mg/dl
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen      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      Kreatinin: _____ mg/dl	
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<input type="checkbox"/> Bitte informieren Sie mich über das Beratungsergebnis zu dem oben genannten Patienten	
_____	
Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes	

PATIENT	<b>Leistungsantrag und Datenschutzerklärung</b>
	Ich beantrage aufgrund meiner ernährungsbedingten Erkrankung eine persönliche Ernährungsberatung (§ 43 SGB V) durch das RICHTIG ESSEN INSTITUT. Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten erhoben und ausschließlich im Rahmen dieses Leistungsantrages sowie der folgenden Ernährungsberatung verwendet werden. Meine Daten sind alle geschützt und unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte wird von mir nicht genehmigt.
	Meine Telefonnummer: _____ ggf. mobil: _____
	Anschrift meiner Krankenkasse: _____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
Datum	Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)