

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



**RICHTIG ESSEN®
INSTITUT**

Beratungsgesellschaft für
Ernährung und Gesundheit mbH

Dipl.-troph. Margret Leupold
Mewesstr. 32, 13125 Berlin
Tel: 030/94397090
Handy: 0176 41105124
margretleupold@aol.com

Ärztliche Bescheinigung + Leistungsantrag

über die medizinische Notwendigkeit

- einer individuellen Ernährungstherapie
 eines interdisziplinären Adipositasprogramms
(inkl. Bewegungseinheiten)

Zutreffende Indikation:

Größe: _____ m Gewicht: _____ kg BMI: _____ kg/m² Perzentile: _____

ARZT

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI < 18,5) | <input type="checkbox"/> Untergewicht bei Kindern |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht bei Erwachsenen (BMI > 25) | <input type="checkbox"/> Übergewicht bei Kindern |
| <input type="checkbox"/> Adipositas bei Erwachsenen (BMI > 30) | <input type="checkbox"/> Adipositas bei Kindern |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Lip-/ Lymphödem | <input type="checkbox"/> Essstörung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> dialysepflichtig | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung / Mangelernährung | <input type="checkbox"/> Post-Covid-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie/ Intoleranz: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

- siehe beigefügte Kopie der Laborwerte
 siehe beigefügten Befundbericht
 keine Bewegungstherapie möglich

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

Leistungsantrag und Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten (Bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

PATIENT

Ich beantrage einen Zuschuss zu den Kosten einer Ernährungstherapie eines interdisziplinären Adipositasprogramms durch das RICHTIG ESSEN INSTITUT (REI).
Zusätzlich erkläre ich mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten erhoben und ausschließlich im Rahmen dieses Leistungsantrages verwendet werden. Meine Daten sind alle geschützt und unterliegen den Bestimmungen der DSGVO. Eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte wird von mir nicht genehmigt. Ich kann meine Einwilligung jederzeit und unbegründet widerrufen. Die ausführlichen Datenschutzbestimmungen des REI kann ich jederzeit auf der Homepage www.richtig-essen-institut.de einsehen.

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Datum

Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)