

Verordnung von Ernährungstherapie

nach §43 SGB V

für die Teilnahme am inBalance - Adipositas Schulungsprogramm®
bzw. für Ernährungsberatung in der Adipositas-Ambulanz
im St. Christophorus-Krankenhaus Werne

Anamnesebogen

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

| | |
|-------------|---------------------|
| Patient | |
| Name: _____ | Geburtsdatum: _____ |

| | |
|--|------------|
| Diagnosen / Begleiterkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Adipositas | BMI: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | Typ: _____ |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Verdauungsorgane | |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen | |
| <input type="checkbox"/> Hyperuricämie | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | |

| | |
|--|--|
| Allergien / Intoleranzen | |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien | |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranzen (z.B. Laktose, Fruktose, Gluten) | |
| _____ | |

| | |
|--|--|
| Medikamente | |
| <input type="checkbox"/> Orale Antidiabetika | |
| <input type="checkbox"/> Insulin | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | |
| _____ | |
| _____ | |

| | | | |
|--------------------|-------|------------------|------------------|
| Laborwerte: | | | |
| HbA1c: | _____ | | |
| Gesamtcholesterin: | _____ | HDL: | _____ LDL: _____ |
| Triglyceride: | _____ | Harnstoff: | _____ |
| Harnsäure: | _____ | Serum-Kreatinin: | _____ |

Hiermit verordne ich Ernährungstherapie bei Adipositas mit BMI _____

Praxisstempel

Datum, Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Diese Bescheinigung wird von Seiten des St. Christophorus-Krankenhauses nicht zur Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet und belastet somit nicht das hausärztliche Budget. Die Kosten für die verordnete Ernährungstherapie werden durch die Teilnahmegebühr für das inBalance - Adipositas Schulungsprogramm beglichen.