

Ärztliche Bescheinigung

über die Notwendigkeit einer Ernährungstherapie nach §43 SGB V

für die Teilnahme am inBalance - Adipositas Schulungsprogramm®
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 vom:	
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.