

Ärztliche Bescheinigung zur Ernährungstherapie bei:

**Constanze Wach**

Diplom Oecotrophologin, QUETHEB registriert

**Praxis für Ernährungstherapie**

Hauptstr. 297 79576 Weil am Rhein

Tel (07621) 688 686, Fax (07621) 688 687, eMail: Constanze.Wach.praxis@alles-in-balance.de

Patient/in: Name, Vorname: ..... geb. ....

Krankenkasse: ..... Versichertennummer: .....

Eine ernährungstherapeutische Beratung gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V durch einen qualifizierten Ernährungstherapeuten ist notwendig

**Diagnose:**

O.g. Patient/ Patientin ist laufend wegen der für die Ernährungsberatung zu berücksichtigenden Erkrankung/en in ärztlicher Behandlung  ja  nein

Übergewicht/Adipositas  Gewicht in kg: ..... BMI: .....

Fettstoffwechselstörungen/Werte  Cholesterin.....

HDL.....LDL ..... Triglyzeride .....

Diabetes mellitus Typ I  oder Typ II  HBA<sub>1c</sub> .....

Hyperurikämie:  .....

Schilddrüsenhyperfunktion  .....

Lebensmittelallergien/Unverträglichkeiten  .....

Magen-Darm-Erkrankungen  .....

Sonstiges: .....

Ist die beantragte Maßnahme aufgrund einer DMP-Indikation erforderlich?  
 ja  nein

Folgendes Rehabilitationsziel sollte erreicht werden und als Zielsetzung bei der Beratung Berücksichtigung finden:

.....  
.....

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

Ergebnisse von Laboruntersuchungen bitte als Kopie mit beilegen oder per FAX an: 07621 688 687

ERNÄHRUNGSBERATUNG