

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

Ernährungsberatung Poulev
Mona Poulev (M.Sc. Ernährungswissenschaftlerin)
Goldpeppingstr.12
60435 Frankfurt
Tel.: 069-20023795
Mobil.: 0151-29161555
info@ernaehrungsberatung-poulev.de
www.ernaehrungsberatung-poulev.de

Ärztliche Bescheinigung

Über die medizinische Notwendigkeit einer individuellen Ernährungsberatung nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

ARZT

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

- Untergewicht (BMI < 18,5)
- Übergewicht (BMI 25-29,9)
- Übergewicht bei Kindern: > 90. Perzentile >97. Perzentile
- Adipositas bei Erwachsenen nach ICD-10:
 - E66.00: BMI 30-34,9 E66.01: BMI 35-39,9 E66.02: BMI > 40
- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 Gestationsdiabetes
- Bluthochdruck
- Fettstoffwechselstörungen Hyperuricämie/Gicht
- Lebensmittelunverträglichkeiten _____
- Allergie/Neurodermitis: _____
- Nierenerkrankung/ Lebererkrankung
- Krebserkrankungen/Mangelernährung
- Schilddrüsenerkrankung (Unterfunktion, Autoimmunerkrankungen)
- Magen-/Darmerkrankungen, Entzündungen (Colitis / Morbus) _____
- Essstörung (Magersucht, Bulimie, Binge Eating)
- Sonstige Erkrankungen: _____

- Bitte informieren Sie mich über das Beratungsergebnis
- Unterschrift und Stempel vom Arzt :

Leistungsantrag und Datenschutzerklärung

Ich beantrage aufgrund meiner ernährungsbedingten Erkrankung eine persönliche Ernährungsberatung (§ 43 SGB V) bei der Ernährungsberaterin Mona Poulev. 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.

Patient

Datum

Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern)

