

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



Bergstr. 10, 63674 Altenstadt  
 Tel.: 06047/4244  
 Fax: 06047/4241  
 Mobil: 0162/9484367  
 E-Mail: cud.kraetschmer@t-online.de

## Ärztliche Bescheinigung + Leistungsantrag

über die medizinische Notwendigkeit  einer individuellen Ernährungstherapie  
 eines interdisziplinären AbnehmCoachings

Größe:	cm	Gewicht:	kg	BMI:	kg/m <sup>2</sup>	Perzentile	Blutdruck	mmHg
--------	----	----------	----	------	-------------------	------------	-----------	------

### Diagnose(n)/Verdachtsdiagnose(n)

Arztstempel/Unterschrift des Arztes

### Auftrag/wichtige Informationen für die Beratung

- Laborbefunde       Medikamentenplan       Befundberichte

### Diagnose(n)/Verdachtsdiagnose(n)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas/Übergewicht                        | <input type="checkbox"/> Fettleber/Leberzirrhose/Hepatitis       | <input type="checkbox"/> nephrologische Erkrankungen    |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose / KHK                         | <input type="checkbox"/> Gastritis/Ulkus                         | <input type="checkbox"/> onkologische Erkrankungen      |
| <input type="checkbox"/> Cholangitis / Cholelithiasis                  | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz / KHK                  | <input type="checkbox"/> Pankreaserkrankungen           |
| <input type="checkbox"/> Chronisch entzündliche<br>Darmerkrankungen    | <input type="checkbox"/> Hypertonie                              | <input type="checkbox"/> Rheuma                         |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ1 / 2                    | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht                   | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung         |
| <input type="checkbox"/> Essstörung /Fütterstörungen                   | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie                  | <input type="checkbox"/> Untergewicht / Mangelernährung |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung<br>-unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranz /              | <input type="checkbox"/> Zöliakie                       |
|  | <input type="checkbox"/> Zustand nach bariatrischer<br>Operation |   |

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### **Leistungsantrag und Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten**

**(Bitte ausfüllen)**

Ich beantrage einen Zuschuss zu den Kosten einer Ernährungstherapie durch die Praxis für Ernährungsberatung und –therapie Dominika Krätschmer. 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 werden mir im Rahmen des ersten Beratungsgesprächs ausgehändigt.

Meine Telefonnummer: \_\_\_\_\_ ggf. mobil: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)