

Ärztliche Verordnung

über die medizinische Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen Beratung/
Patientenschulung für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene
gemäß §43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Name / Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Krankenkasse: _____

Vers.-Nr.: _____

Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____ BMI: _____ kg/m²

Diagnosen/medizinischer Befund:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Fettleber | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Degenerative Gelenkserkrankungen | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht | <input type="checkbox"/> Refluxösophagitis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ II | <input type="checkbox"/> Hyperlipoproteinämie | <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel |
| <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> psychosozialer Leidensdruck | <input type="checkbox"/> Adipositas Grad _____ |

Sonstiges: _____

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes