

Ernährungstherapeutische Beratung notwendig wegen

Diagnosen / Befund

Patienten-Parameter

Größe: _____

Gewicht: _____

Aktuelle Laborwerte (evtl. Kopie beifügen)

Gesamtcholesterin: _____ HDL: _____ LDL: _____

Triglyceride: _____

(Nüchtern-)Glucose: _____ HbA1c: _____

Harnsäure: _____

Gamma GT: _____ GOT: _____ GPT: _____

Schilddrüsenerkrankungen : _____

Blutdruck: _____

Bei Allergien und Lebensmittelunverträglichkeiten
entsprechende Befunde mitbringen.



Feld für Daten der Chip-Karte

Notwendigkeitsbescheinigung für eine ernährungstherapeutische Beratung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
zur Ergänzung der ärztlichen Behandlung ist auf Grund
der bei Ihnen bestehenden Diagnose/n, eine qualifizierte
ernährungstherapeutische Beratung angezeigt.

Datum Stempel und Unterschrift der/des Ärztin/Arztes