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

Ärztliche Verordnung für die Ernährungsberatung

Manuela Holler
staatlich anerkannte Diätassistentin
Ernährungsberaterin / DGE

Annaberger Straße 15 · 09599 Freiberg
Tel.: 03731-20 76 123 · Fax.: 03731-20 76 124
Mobil: 0173 / 810 52 16
E-mail: manuela.holler@web.de
www.ernaehrungsberatung-manuela-holler.de

Indikationen:

☐ Adipositas / Reduktionskost: _____ kcal

☐ Diabetes mellitus: Blutzucker: _____ mg/dl
_____ mmol/l
HbA_{1c}: _____
- ☐ insulinpflichtig
- ☐ tablettenpflichtig
- ☐ _____BE ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ BE - Gerüst

☐ Fettstoffwechselstörung: Cholesterin: gesamt: _____ mg/dl _____ mmol/l
HDL: _____ mg/dl _____ mmol/l
LDL: _____ mg/dl _____ mmol/l
Triglyceride: _____ mg/dl _____ mmol/l

☐ Gicht / Hyperuricämie: _____ Harnsäure

☐ Blutdruck: ____ / ____ mmHg

☐ Osteoporose

☐ Allergien, welche: _____

☐ Arthrose / Rheuma / Gelenkserkrankungen

☐ Nierenerkrankungen: Genaue Angaben zur Erkrankung erforderlich !!!
Eiweißeinschränkung / Trinkflüssigkeit / Kalium / Natrium / Phosphor !

☐ Sonstige: _____

☐ Besonderheiten / _____
Anmerkungen: _____

Datum: *Unterschrift / Arztstempel:*

Einverständniserklärung des Patienten:

Ich bin damit einverstanden, daß mein Arzt die Durchschrift der Diagnose / Risikofaktoren zum Zweck der Ernährungsberatung an die _____ weiterleitet.
Krankenkasse

Die _____ ist verpflichtet, diese Angaben nur zum Zweck der Beratung und ggf. zur
Krankenkasse
Kontaktaufnahme mit mir zwecks der empfohlenen Maßnahmen zu verwenden.
In diesem Rahmen entbinde ich meinen Arzt von seiner Schweigepflicht.

Datum: *Unterschrift des Patienten:*