

## Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung nach § 20, § 43 SGB V

Verein für Gesundheits - &  
 Rehabilitationssport Tabarz e.V.  
 Mauerstr. 36a  
 99867 Gotha

Fon Gotha 03621 3517046

gotha@gesundheitsport-tabarz.de

Vereinsvorsitzende  
 Maritta Plaschke

Stellvertreter  
 René Spangenberg

Schatzmeister  
 Holger Bosse

VR-Nr. 141236  
 Steuer Nr. 156/142/07210

Kreissparkasse Gotha  
 BIC: HELADEF1GTH1  
 IBAN: DE68820520200410004014

### Patient/in

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
geboren am,

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

### Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert.

- Medikamentenplan liegt bei
- Laborbefund vom \_\_\_\_\_ liegt bei
- medizinischer Bericht liegt bei

### Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

Adipositas

_____	_____	_____
Größe	Gewicht	BMI

Untergewicht

_____	_____	_____
Größe	Gewicht	BMI

Bluthochdruck RR: \_\_\_\_\_

Diabetes     
  Typ I     
  Typ II     
 Insulinpflichtig:     
  ja     
  nein

Zöliakie

Gicht

Essstörungen: \_\_\_\_\_  
Welche?

Stoffwechselerkrankung: \_\_\_\_\_  
Welche?

Erkrankung Verdauungstrakt: \_\_\_\_\_  
Welche?

Lebensmittelunverträglichkeiten: \_\_\_\_\_  
Welche?

Allergien: \_\_\_\_\_  
Welche?

- Ich bitte um  telefonische Rücksprache zu Beginn der Beratung  
 Zusendung eines Beratungsprotokoll bei Abschluss der Beratung

---

Ort, Datum

Arztstempel, Unterschrift

Carmen Leucht  
staatl. anerk. Diätassistentin  
Ernährungsberaterin VFED

