



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
Hans-Dieter Klose

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

