

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen Nr.	Versicherten-Nr.:	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt Nr.	Datum

Jarrestrasse 74  
22303 Hamburg

Telefon 040-69 45 39-06  
Fax 040-69 45 39-05  
Mobil 0170-381 65 89

eMail info@andreas-loos.de  
net www.andreas-loos.de



**Anmeldung zur  
Ernährungstherapie  
gemäß § 43 SGB V**

Hiermit wird die medizinische Notwendigkeit einer  
**Ernährungstherapie gemäß § 43 SGB**  
für oben genannte(n) Patientin/Patient bestätigt

\_\_\_\_\_  
Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

-----Größe      -----Gewicht      -----BMI

**1. Bitte zutreffende relevante Therapiedaten ankreuzen**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI<18,5)             | <input type="checkbox"/> Mangelernährung                    |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI25-29,9)            | <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI<30)                |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht Kinder (>90.Perzentile) | <input type="checkbox"/> Adipositas Kinder (>97.Perzentile) |

**2. Mindestens eine der folgenden Begleiterkrankungen ankreuzen**

- Hypertonie RR: \_\_\_\_\_ mmHg\*
- Hyperurikämie/Gicht Harnsäure: \_\_\_\_\_ mg/dl\*

- Fettstoffwechselstörungen
- Gesamtcholesterin: \_\_\_\_\_ mg/dl\*    LDL:.....mg/dl\*    VLDL.....mg/dl\*
- HDL: \_\_\_\_\_ mg/d    Triglyceride: \_\_\_\_\_ mg/dl\*

- Diabetes mellitus     Typ 1     Typ 2    HbA1c: \_\_\_\_\_ %\*
- Herz-Kreislaufkrankung \_\_\_\_\_
- Erkrankung des Magen-Darm-Traktes \_\_\_\_\_
- Nierenerkrankung    Kreatinin \_\_\_\_\_ mg/dl\*     Dialyse
- Nahrungsmittelallergien/-intoleranzen \_\_\_\_\_
- Krebserkrankungen/ Zustand nach Krebserkrankungen \_\_\_\_\_
- Osteoporose     Rheuma     Gelenkerkrankungen
- Essstörungen     Depression     Arteriosklerose

Andere Erkrankungen/ Bemerkung \_\_\_\_\_

Aktuelle Medikation/ Therapie \_\_\_\_\_

\*letzte Laborwerte vom \_\_\_\_\_ als Kopie beigefügt