

GESUNDHEITSPRAXIS FÜR ERNÄHRUNG

Dipl.-Oecotrophologin Martina Haller
Käthe-Kollwitz-Str. 17 79312 Emmendingen
Telefon +49 76 41 95 99 033
Mobil +49 175 79 12 987
E-Mail info@gesundheitspraxis-haller.de
Web www.gesundheitspraxis-haller.de
USt-IdNr.: DE279377196

Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen Beratung für:

Name, Vorname: _____
Straße u. Hausnr.: _____
PLZ, Ort: _____
Geburtstag: _____

Die Durchführung einer ernährungstherapeutischen Beratung nach § 43 SGB V ist aus den unten genannten Gründen medizinisch indiziert und erfolgt in Zusammenarbeit mit der Ernährungswissenschaftlerin und zertifizierten Diät- und Ernährungsberaterin Dipl.-Oecotroph. Martina Haller.

Zutreffende **Indikationen** bitte ankreuzen und **Daten** eintragen:

Körpergröße: _____ **Körpergewicht:** _____ **BMI:** (bzw. Perzentile) _____

Untergewicht / Mangelernährung

(Erwachsene BMI < 19 / Senioren über 65 Jahre: BMI < 24)

Übergewicht (BMI 25 - 29,9)

Adipositas (BMI > 30)

Essstörung/en: Anorexie Bulimie Binge Eating Disorder

Fettstoffwechselstörung/en: _____

Diabetes Mellitus Typ I Typ II

Hypertonie Blutdruck: _____

Hyperurikämie _____

Nahrungsmittelallergie/n: _____

Fruktosemalabsorption

Sorbitmalabsorption

Laktoseintoleranz

Histaminintoleranz

Zöliakie

Sonstiges _____

Therapie/n _____

Medikation: _____

Aktuelle **Laborwerte / Testergebnisse** vom: _____

Bitte Kopie der Laborwerte/Befunde beilegen – ich lege großen Wert auf das Vorliegen möglichst vollständiger Vorbefunde, vielen Dank!

Datum: _____ Stempel und Unterschrift
der Ärztin/des Arztes: _____

Dipl.-Oecotrophologin Martina Haller - Gesundheitspraxis für Ernährung

Bankverbindung: Commerzbank Freiburg IBAN: DE41 6808 0030 0400 1576 00

Bankleitzahl: 68080030 BIC: DRESDEFF680