



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

Verordnungsbogen für Ernährungsberatung nach §43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Diagnose: _____

Bitte zutreffende Werte eintragen:

Cholesterin		LDL	
Triglyceride		HDL	
Blutzucker		HbA1c	
Harnsäure		Blutdruck	

Weitere relevante Laborwerte:	
Medikamente:	
Risikofaktoren:	
arbeitsbedingte Belastungsfaktoren:	
Sonstige Indikationen, Nebendiagnosen:	

Es liegt keine Grunderkrankung vor, die eine Teilnahme an der verordneten Maßnahme ausschließen.

Datum: _____ Unterschrift Patient: _____

Genehmigung durch die Krankenkasse:

Datum: _____ Stempel / Unterschrift: _____

Teilnahmebestätigung für Ernährungsberatung:

Datum	Uhrzeit	Unterschrift Patient

Datum: _____ Beratung Unterschrift: _____

medicara
Karoline Kloppe, MSc. BBSc.
Diätassistentin/
Ernährungswissenschaftlerin
Tel.: 0179/4711767

www.medicara.info