

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV *)
Name, Vorname des Versicherten							
geb. am							
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status				
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum				

Für ihren Arzt

ERNÄHRUNGSINSTITUT CARMEN BREHLER
 Dipl. oec. troph. Carmen Brehler
 Reinhold-Frank-Str. 50 ♦ 76133 Karlsruhe
 Tel. 0721/89 03 334

Ärztliche Empfehlung einer individuellen Ernährungsberatung

Bei dem/der oben genannten Patienten/Patientin ist aufgrund der vorliegenden Indikation/en eine Ernährungsberatung/-therapie erforderlich.

Indikationen: _____

Indikationskatalog für eine diätetische Ernährung/Ernährungsumstellung

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Fettstoffwechselstörungen | <input type="radio"/> Arteriosklerose/Herzinfarkt | <input type="radio"/> Adipositas |
| <input type="radio"/> Darmerkrankungen | <input type="radio"/> Lebererkrankung | <input type="radio"/> Untergewicht |
| <input type="radio"/> Magenerkrankungen | <input type="radio"/> Hyperurikämie/Gicht | <input type="radio"/> Polyarthrit |
| <input type="radio"/> Pankreaserkrankungen | <input type="radio"/> Diabetes mellitus I/II | <input type="radio"/> Krebserkrankung |
| <input type="radio"/> Hypertonie | <input type="radio"/> Gallenerkrankung | <input type="radio"/> Schlafbezogene - |
| <input type="radio"/> Herzinsuffizienz | <input type="radio"/> Nahrungsmittelallergie/ -intoleranz | Atmungsstörung |

Sofern Blutwerte/Labordaten, Befunde, Arzt-/Krankenhausberichte vorhanden sind, bitte zur Beratung mitbringen!

Ergänzende Hinweise (z.B. Medikation):

Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

Praxisstempel: _____