

Ärztliche Befürwortung

über die medizinische Notwendigkeit einer ambulanten Therapie als Ergänzende Rehabilitation gemäß § 43 Satz 1,2 SGB V, Integrierte Versorgung

Unterschiedenes Originalexemplar zur Antragstellung mit der "Ersten Medizinischen Untersuchung"

bitte schicken an: Ernährungspraxis Ute Jagau, Römerstraße 38, 61381 Friedrichsdorf

Personendaten vom Patienten

Vorname /Name		geb. am	
PLZ/ Ort		Geschlecht	w <input type="checkbox"/>
Strasse / Hausnr.			m <input type="checkbox"/>
Telefon		E-Mail:	
Krankenkasse:		Vers.-Nr.:	

Körpergröße in cm	Körpergewicht in kg	BMI (kg/m ²)	Taillenumfang in cm

Bei o. g. Patienten liegen folgende Erkrankung vor

<input type="checkbox"/>	extreme Adipositas BMI ≥ 99,5 Perzentile	Adipositas als Krankheitsbild
<input type="checkbox"/>	Adipositas BMI ≥ 97. Perzentile + mind. 1 behandlungsbedürftige Erkrankung oder mind. 1 Risikofaktor	Folgende Risikofaktoren liegen vor: <input type="checkbox"/> Insulinresistenz <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie <input type="checkbox"/> familiäre Belastung: Diabetes mellitus Typ 2 bei den Eltern, Herzinfarkt oder Schlaganfall vor dem vollendeten 55. Lebensjahr bei Verwandten 1. und 2. Grades
<input type="checkbox"/>	Übergewicht BMI ≥ 90. Perzentile + mind. 1 behandlungsbedürftige Erkrankung	Folgende Begleiterkrankungen liegen vor: <input type="checkbox"/> Arterielle Hypertonie <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 <input type="checkbox"/> gestörter Glucosstoffwechsel <input type="checkbox"/> Pubertas praecox (vorzeitige Pubertätsentwicklung) <input type="checkbox"/> Syndrom der polyzystischen Ovarien <input type="checkbox"/> orthopädische Erkrankungen

Folgende Vorgaben sind erfüllt:

<input type="checkbox"/>	Kind und Eltern sind motiviert, aktiv an dem Schulungsprogramm teilzunehmen und die Inhalte in der Familie umzusetzen
<input type="checkbox"/>	Gruppen- und Schulungsfähigkeit ist bei o.g. Patienten vorhanden
<input type="checkbox"/>	Es bestehen keine medizinische Bedenken gegen die Teilnahme, insbesondere keine psychischen Störungen (manifeste Essstörungen) oder sekundäre oder syndromalen Adipositasformen (z. B. Prader-Wille-Syndrom)
<input type="checkbox"/>	Eigenverantwortliche durchgeführte Maßnahme zu Gewichtsreduktion im häuslichen Umfeld sowie wiederholte Beratungen im Rahmen vertragärztlichen Versorgung waren erfolglos

Aus ärztlicher Sicht ist die Teilnahme an einer Ambulanten Interdisziplinären Schulungsmaßnahme, wie sie die Ernährungspraxis Ute Jagau leistet, dringend erforderlich.

Datum:

Stempel/Unterschrift

Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01620 bzw. 01621 BMÄ/E-GO berechnungsfähig.

Medizinische Untersuchung - Erstuntersuchung

anlässlich der medizinischen Notwendigkeit eines ambulantes Therapieprogramms
als Ergänzende Rehabilitation gemäß § 43 Satz 1,2 SGB V, Integrierte Versorgung

Unterschriebenes Originalexemplar zur Antragstellung bitte schicken an:

Praxis für Ernährungstherapie und Ernährungsberatung, Römerstraße 38 in 61381 Friedrichsdorf

Tel. 06172 72521 Fax: 016172 72 546 praxis@vitalfit.de

Personendaten des Patienten

Name:		geb. am	
Vorname:		Geschlecht	w <input type="checkbox"/>
Adresse:			m <input type="checkbox"/>
Krankenkasse:		Vers.-Nr.	

Körpergröße in cm	Körpergewicht in kg

BMI (kg/m²)	SDS_{LMS}
Berechnung erfolgt durch Ernährungspraxis	

Taillenumfang in cm	Hüftumfang in cm

WHR Perzentile
Berechnung erfolgt durch Ernährungspraxis

Blutdruck (nach 5 Minuten Ruhe im Sitzen)	systolisch:		mmHg
	diastolisch:		mmHg

Gesamtcholesterin, nüchtern	mmol/l		mg/dl
LDL-Cholesterin, nüchtern	mmol/l		mg/dl
HDL-Cholesterin, nüchtern	mmol/l		mg/dl
Triglyzeride, nüchtern	mmol/l		mg/dl
Blutzucker, nüchtern	mmol/l		mg/dl
TSH basal			mU/l

Bemerkung des behandelnden Arztes/Ärztin

Datum: _____

Stempel/Unterschrift _____