

Medizinische Untersuchung

anlässlich der medizinischen Notwendigkeit eines ambulantes Therapieprogramms
nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V oder Integrierter Versorgung

Unterschiedenes Originalexemplar zur Patientenverlaufskontrolle (APV) bitte schicken an:

Praxis für Ernährungstherapie und Ernährungsberatung , Römerstraße 38, 61381 Friedrichsdorf, Tel. 06172 72 521

Personendaten

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

Zeitpunkt der medizinischen Untersuchung (bitte ankreuzen)

Erst- untersuchung	Nach 6 Monaten	Programmende nach 12 Monaten	1 Jahr nach Schulungsende	2 Jahr nach Schulungsende	3 Jahr nach Schulungsende

Körpergröße in cm	Körpergewicht in kg	BMI (kg/m ²)	SDS _{LMS}	Taillenumfang in cm	Hüftumfang in cm
		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 (Arzt) / Unterschrift _____