

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname	geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Größe:	Gewicht:	BMI:
Taillenumfang:	Blutdruck:	Puls:

ADIPOSITAS UND METABOLISCHES SYNDROM

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25 – 29,9 / Kg / m ²) | <input type="checkbox"/> Übergewicht Kinder (> 90. Perzentile) |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI > 30 / Kg / m ²) | <input type="checkbox"/> Adipositas Kinder (> 97. Perzentile) |
| <input type="checkbox"/> Adipositas permagna | <input type="checkbox"/> Planung Bariatrische Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht |

DYSLIPOPROTEINÄMIE UND ARTERIOSKLEROSE

- Fettstoffwechselstörung _____
- Herz-Kreislauf-Erkrankung _____

DIABETES MELLITUS

- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 HbA1c- Wert: _____ %
- Gestationsdiabetes Sonstiges _____
- Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes _____
- Erkrankungen der Leber und Gallenwege _____
- Erkrankungen des Pankreas _____
- Erkrankungen der Schilddrüse _____
- Dermatologische Erkrankungen _____
- Onkologische Erkrankungen _____
- HIV und AIDS _____
- Sonstiges _____

NAHRUNGSMITTELUNVERTRÄGLICHKEITEN

- Allergien _____
- Intoleranzen _____
- Malabsorption _____

NEPHROLOGISCHE ERKRANKUNGEN

- Niereninsuffizienz _____
- Nephrotisches Syndrom _____
- Urolithiasis _____
- Dialyse / Intervall: _____
- Sonstiges _____

OSTEOPOROSE UND RHEUMATISCHE ERKRANKUNGEN

- Osteoporose
- Rheuma
- Gelenkerkrankungen

MANGELERNÄHRUNG

- Untergewicht _____
- _____

ESSSTÖRUNGEN UND PSYCHOSOMATIK

- Essstörung _____
- Depression _____
- Sonstiges _____

PÄDIATRISCHE ERKRANKUNGEN

- Angeborene Stoffwechselerkrankung _____
- Fütterungsstörung _____
- Sonstiges _____

GERIATRISCHE ERKRANKUNGEN

- Kau- und Schluckstörungen
- Appetitlosigkeit
- Mangelernährung
- Demenz
- Dekubitus
- Sonstiges: _____

Laborwerte vom: _____ sind als Kopie beigelegt

Aktuelle Medikation vom: _____ sind als Kopie beigelegt

verordnete Diätprinzipien (z.B.: Eiweißmenge, Trinkmenge...):

Datum / Stempel / Unterschrift des Arztes