

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer gewichtsreduzierenden Patientenschulungsmaßnahme mit einer ernährungstherapeutischen Beratung für chronisch Kranke im Sinne des § 43 SGB V

Patient/in

Name: geb. am:
Vorname: Versicherten-Nr.:
Körpergröße:cm Körpergewicht:kg
Body-Mass-Index:kg/m²
Taillenumfang:cm Hüftumfang:cm
Verhältnis Taillen-zu-Hüftumfang (Waist-to-hip-ratio):

Es liegen nachstehende adipositas-assoziierte Erkrankungen vor (Mehrfachnennungen möglich):

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Typ-2-Diabetes mellitus | ☐ Bluthochdruck | ☐ Fettstoffwechselstörung |
| ☐ KHK/Herzinsuffizienz | ☐ Schlafapnoe-Syndrom | ☐ Fettleber |
| ☐ Wirbelsäulensyndrom | ☐ Kniegelenksarthrose | ☐ Hüftgelenksarthrose |
| ☐ Andere: _____ | | |

Ereignisse/Erkrankungen im Zusammenhang mit dem Herz-Kreislauf-System:

- | | |
|---|---|
| ☐ Schlaganfall, Datum: _____ | ☐ Herzinfarkt, Datum: _____ |
| ☐ Angina pectoris (instabil) | ☐ Herz-Rhythmusstörungen, hochgradig |

Folgende Laboruntersuchungen wurden durchgeführt (Mehrfachnennungen möglich):

Zuckerstoffwechsel:

- | | |
|--|--|
| ☐ HbA1c (Wert: _____) | ☐ Nüchtern-Blutzucker (Wert: _____) |
| ☐ Orale Glukosetoleranztest (Wert nach 1 Stunde: _____) | |
| (Wert nach 2 Stunden: _____) | |

Blutfette:

- | | |
|---|--|
| ☐ Triglyzeride | ☐ LDL-Cholesterin (Wert: _____) |
| ☐ Gesamt-Cholesterin (Wert: _____) | ☐ LDL/HDL-Cholesterin (Wert: _____) |
| ☐ HDL-Cholesterin (Wert: _____) | |

Nierenparameter:

- | | |
|--|--|
| ☐ Harnstoff (Wert: _____) | ☐ Kreatinin (Wert: _____) |
| ☐ GFR (Wert: _____) | ☐ Harnsäure (Wert: _____) |

Leberstoffwechsel:

- | |
|--|
| ☐ Alanin-Aminotransferase (ALAT, GPT, Wert: _____) |
| ☐ Aspartat-Aminotransferase (ASAT, GOT, Wert: _____) |
| ☐ Gamma-Glutamyltransferase (γ -GT, GGT, Wert: _____) |
| ☐ Fatty Liver Index (FLI, Wert: _____) |

Schilddrüsenparameter, Elektrolyte:

- | | |
|--|--|
| ☐ TSH (Wert: _____) | ☐ Kalium (Wert: _____) |
| ☐ Natrium (Wert: _____) | ☐ Calcium (Wert: _____) |
| ☐ Eisen (Wert: _____) | |

Weitere durchgeführte Diagnostik (Mehrfachnennungen möglich):

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Blutdruckmessung | ☐ 24 h-Blutdruckmessung | ☐ Echokardiographie |
| ☐ EKG | ☐ Langzeit-EKG | |
| ☐ Leber-sonographie | ☐ Abdomen-sonographie | ☐ Doppler-Sonographie |
| ☐ FibroScan-Messung | ☐ Ergometrie | ☐ Schlafapnoe-Screening |
| ☐ Sonstige: _____ | | |

Folgende Anlagen liegen dieser Bescheinigung bei:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Laboranalyse | ☐ Medizinische Befunde | ☐ Liste der Medikation |
| ☐ Übersicht der bereits durchgeführten Maßnahmen zur Gewichtsreduktion: | | |
| ☐ im Rahmen vertragsärztlicher Versorgung | | ☐ eigenverantwortlich durchgeführt |

Angaben zur Gruppen- und Schulungsfähigkeit:

- | | |
|--|--|
| ☐ ist gegeben | ☐ ist nicht gegeben |
| Ausreichende körperliche Belastungsfähigkeit zur Teilnahme an allen Schulungsmodulen | |
| ☐ ist gegeben | ☐ ist nicht gegeben |
| ☐ Folgende Einschränkungen bestehen: _____ | |

Ausschluss psychischer Erkrankungen sowie Essstörungen:

- | | |
|--|-------------------------------|
| Psychische Störungen bzw. Erkrankungen können ausgeschlossen werden: | |
| ☐ ja | ☐ nein |
| Falls nein: | |
| Patient/in befindet sich in psychologischer Behandlung: | |
| ☐ ja | ☐ nein |
| Falls nein: | |
| Überweisung zu einer psychologischen Beratung erfolgt: | |
| ☐ ja | ☐ nein |
| Manifeste Essstörungen können ausgeschlossen werden: | |
| ☐ ja | ☐ nein |

Ausschluss anderer der Adipositas zugrundeliegender Erkrankungen/Ursachen:

Sekundäre und syndromale Adipositas infolge anderer Erkrankungen, wie Prader-Willi-Syndrom, Cushing-Syndrom, können ausgeschlossen werden:	☐ ja	☐ nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Notwendigkeitsbescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, dass bei o. g. Patienten/Patientin die Notwendigkeit für eine gewichtsreduzierende Patientenschulungsmaßnahme mit einer ernährungstherapeutischen Beratung für chronisch Kranke im Sinne des § 43 SGB V vorliegt.

 Stempel der Arztpraxis
--

.....
Datum, Unterschrift des Arztes/der Ärztin