

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



**RICHTIG ESSEN®
INSTITUT**

Beratungsgesellschaft für
Ernährung und Gesundheit mbH

RICHTIG ESSEN INSTITUT
Jenbachweg 1b
83026 Rosenheim
Fax: 08031-350 999 11
info@richtig-essen-institut.de

Ärztliche Bescheinigung + Leistungsantrag

über die medizinische Notwendigkeit

- einer individuellen Ernährungstherapie
 eines interdisziplinären AbnehmCoachings

Zutreffende Indikation:

- Untergewicht (BMI < 18,5)
 Übergewicht (BMI 25-29,9) Übergewicht bei Kindern: > 90. Perzentile
 Adipositas bei Erwachsenen nach ICD-10:
 E66.90: BMI 30-34,9 E66.91: BMI 35-39,9 E66.92: BMI > 40
 Adipositas bei Kindern > 97. Perzentile
 Bluthochdruck Hyperurikämie/Gicht Fettstoffwechselstörungen
 Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 Osteoporose
 Nahrungsmittelallergien/Intoleranzen _____
 Krebserkrankungen/Mangelernährung Nierenerkrankung dialysepflichtig
 Magen-Darm-Erkrankungen _____
 Sonstiges: _____

ARZT

- siehe beigefügte Kopie der Laborwerte
 siehe beigefügten Befundbericht
 keine Bewegungstherapie möglich

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

Leistungsantrag und Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten (Bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Ich beantrage einen Zuschuss zu den Kosten einer Ernährungstherapie des AbnehmCoachings durch das RICHTIG ESSEN INSTITUT (REI).

Zusätzlich erkläre ich mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten erhoben und ausschließlich im Rahmen dieses Leistungsantrages verwendet werden. Meine Daten sind alle geschützt und unterliegen den Bestimmungen der DSGVO. Eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte wird von mir nicht genehmigt. Ich kann meine Einwilligung jederzeit und unbegründet widerrufen. Die ausführlichen Datenschutzbestimmungen des REI kann ich jederzeit auf der Homepage www.richtig-essen-institut.de einsehen.

Meine Telefonnummer: _____ ggf. mobil: _____

Datum

Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

PATIENT