

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/m<sup>2</sup>  
Taillenumfang: .....cm Hüftumfang: .....cm  
Verhältnis Taillen-zu-Hüftumfang (Waist-to-hip-ratio): .....

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

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Typ-2-Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck       | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> KHK/Herzinsuffizienz    | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe-Syndrom | <input type="checkbox"/> Fettleber               |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulensyndrom     | <input type="checkbox"/> Kniegelenksarthrose | <input type="checkbox"/> Hüftgelenksarthrose     |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____           |  |  |

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall, Datum: _____ | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, Datum: _____          |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris (instabil) | <input type="checkbox"/> Herz-Rhythmusstörungen, hochgradig |

**Folgende Laboruntersuchungen wurden durchgeführt (Mehrfachnennungen möglich):**

- |  |  |
|--|--|
| <b>Zuckerstoffwechsel:</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> HbA1c (Wert: _____)   | <input type="checkbox"/> Nüchtern-Blutzucker (Wert: _____) |
| <input type="checkbox"/> Orale Glukosetoleranztest (Wert nach 1 Stunde: _____)<br>(Wert nach 2 Stunden: _____) |  |
| <b>Blutfette:</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> Triglyzeride  |  |
| <input type="checkbox"/> Gesamt-Cholesterin (Wert: _____)  | <input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin (Wert: _____)     |
| <input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin (Wert: _____)   | <input type="checkbox"/> LDL/HDL-Cholesterin (Wert: _____) |
| <b>Nierenparameter:</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> Harnstoff (Wert: _____)   | <input type="checkbox"/> Kreatinin (Wert: _____)           |
| <input type="checkbox"/> GFR (Wert: _____)   | <input type="checkbox"/> Harnsäure (Wert: _____)           |
| <b>Leberstoffwechsel:</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> Alanin-Aminotransferase (ALAT, GPT, Wert: _____)                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Aspartat-Aminotransferase (ASAT, GOT, Wert: _____)                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Gamma-Glutamyltransferase ( $\gamma$ -GT, GGT, Wert: _____)                           |  |
| <input type="checkbox"/> Fatty Liver Index (FLI, Wert: _____)  |  |
| <b>Schilddrüsenparameter, Elektrolyte:</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> TSH (Wert: _____)   | <input type="checkbox"/> Kalium (Wert: _____)              |
| <input type="checkbox"/> Natrium (Wert: _____)   | <input type="checkbox"/> Calcium (Wert: _____)             |
| <input type="checkbox"/> Eisen (Wert: _____)   |  |

**Weitere durchgeführte Diagnostik (Mehrfachnennungen möglich):**

<input type="checkbox"/> Blutdruckmessung	<input type="checkbox"/> 24 h-Blutdruckmessung	<input type="checkbox"/> Echokardiographie
<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> Langzeit-EKG	
<input type="checkbox"/> Leberultraschall	<input type="checkbox"/> Abdomenultraschall	<input type="checkbox"/> Doppler-Ultraschall
<input type="checkbox"/> FibroScan-Messung	<input type="checkbox"/> Ergometrie	<input type="checkbox"/> Schlafapnoe-Screening
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____		

**Folgende Anlagen liegen dieser Bescheinigung bei:**

<input type="checkbox"/> Laboranalyse	<input type="checkbox"/> Medizinische Befunde	<input type="checkbox"/> Liste der Medikation
<input type="checkbox"/> Übersicht der bereits durchgeführten Maßnahmen zur Gewichtsreduktion:		
<input type="checkbox"/> im Rahmen vertragsärztlicher Versorgung	<input type="checkbox"/> eigenverantwortlich durchgeführt	

**Angaben zur Gruppen- und Schulungsfähigkeit:**

<input type="checkbox"/> ist gegeben	<input type="checkbox"/> ist nicht gegeben
Ausreichende körperliche Belastungsfähigkeit zur Teilnahme an allen Schulungsmodulen	
<input type="checkbox"/> ist gegeben	<input type="checkbox"/> ist nicht gegeben
<input type="checkbox"/> Folgende Einschränkungen bestehen: _____	

**Ausschluss psychischer Erkrankungen sowie Essstörungen:**

Psychische Störungen bzw. Erkrankungen können ausgeschlossen werden:	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls nein:	
Patient/in befindet sich in psychologischer Behandlung:	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls nein:	
Überweisung zu einer psychologischen Beratung erfolgt:	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Manifeste Essstörungen können ausgeschlossen werden:	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Ausschluss anderer der Adipositas zugrundeliegender Erkrankungen/Ursachen:**

Sekundäre und syndromale Adipositas infolge anderer Erkrankungen, wie Prader-Willi-Syndrom, Cushing-Syndrom, können ausgeschlossen werden:	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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