

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



## 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](http://www.richtig-essen-institut.de) einsehen.

Meine Telefonnummer: \_\_\_\_\_ ggf. mobil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

**PATIENT**