

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung im Rahmen der Patientenschulung nach § 43 Abs.1 Nr. 2 SGB V zur Teilnahme am e.a.t Kurs XXL BMI 40 +

Anschrift Krankenkasse

Adresse des Leistungsanbieters
Ernährungszentrum am Berger See
Bergmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH
Schernerweg 4 45894 Gelsenkirchen
Telefon: 0209 5902485
Email:
ernaehrungszentrum@bergmannsheil-buer.de

Original an die Krankenkasse schicken / Kopie an Leistungsanbieter

Der Antrag ist vom behandelnden Arzt auszufüllen

Patientendaten:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Versicherungsnummer: _____

Geschlecht: w m

Anschrift: _____

Behandelnder Arzt:

Praxisanschrift: _____

Tel./ Durchwahl _____

Bei oben genanntem Patienten besteht folgende Diagnose (n) bitte aktuell gemessene Werte eintragen!
Körpergewicht: kg **Körpergröße:** cm **BMI von** kg/m²

Für die Adipositas relevante behandlungsbedürftige Krankheiten und/ oder Risikofaktoren:

Der Patient ist wegen dieser Erkrankungen in Behandlung seit: _____

Medikation des Patienten:

Die Schulung ist aus nachfolgenden genannten Gründen aus medizinischer Sicht notwendig

- Verbesserung bestehender Erkrankungen
- Gewichtsreduktion um mind. 5-10 % des Körpergewichts
- Vermeidung weiterer Folgeerkrankungen
- Anleitung zum Erreichen eines gesunden Lebensstils
- Vermeidung von Frühinvalidität
- Verhinderung von Chronifizierung bestehender Erkrankungen

Weitere Gründe:

Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien

Der Patient verfügt über

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> eine ausreichende Motivation zur aktiven Teilnahme | Ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> die notwendige Lernbereitschaft und Gruppenfähigkeit | Ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ausreichende Sprachkenntnisse | Ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Schulungsprognose

Es besteht eine positive Schulungsprognose hinsichtlich der Erreichbarkeit der festgelegten Schulungsziele:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gewichtsreduktion um mind. 5-10 % des Körpergewichts | Ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung bestehender Erkrankungen | Ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Mein/e oben genannte/r Patient/in erfüllt aus ärztlicher Sicht die Teilnahmevoraussetzungen für die e.a.t. Patientenschulung:

- Körperliche Eignung zur Teilnahme an einem Bewegungsprogramm
- kein Leber- und Nierenschaden mit Indikation zur Eiweißrestriktion
- keine Einnahme von Abmagerungsmittel und/oder Appetitzügler
- keine Essstörung (Bulimie, Bulimia nervosa, Binge Eating Disorder)
- keine bereits erfolgte chirurgische Magenverkleinerung
- keine Malignom-Erkrankung in den vergangenen 5 Jahren bzw. mindestens 5 Jahres krankheitsfrei bei Zustand nach Malignom

Bei Diabetes Typ 1 – Teilnahme nach Absprache mit dem behandelnden Diabetologen.

Bei der Einnahme von Psychopharmaka – Teilnahme nach Absprache mit dem behandelnden Neurologen / Psychiater.

Bei Typ2-Diabetikern:

- kein diabetisches Fußsyndrom ab Stadium 1 (oberflächliche Defekte)
- keine Polyneuropathien
- keine schwere diabetische Retinopathie (visus unter 0,1 oder frische Blutungen am Augenhintergrund)

Ärztliche Fähigkeitsbescheinigung für die Teilnahme am Bewegungsprogramm

Ist der Patient dauerhaft auf einen Rollator / Gehhilfe angewiesen?

Ja nein

Befindet sich der Patient in einer guten körperlichen Verfassung um angepasstes Bewegungstraining zu absolvieren?

Ja nein

Wenn Ihr Patient nicht am Bewegungstraining teilnehmen kann, sind wir gezwungen, die Kurteilnahme abzusagen, da das Patientenschulungsprogramm ein ganzheitliches Gesundheitsprogramm (Ernährungstraining, Mentaltraining und Bewegungstraining) ist und nur so von den Krankenkassen zertifiziert ist.

Ich bestätige die Richtigkeit der ausgefüllten Fragen.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der/s Ärztin/Arztes