

**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
------------------------

<b>Adresse des Leistungsanbieters</b> Ernährungszentrum am Berger See Bergmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH Schernerweg 4 45894 Gelsenkirchen Telefon: 0209 5902-485 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)**

<b>Körpergewicht:</b> kg <b>Körpergröße:</b> cm <b>BMI von</b> kg/m <sup>2</sup>
----------------------------------------------------------------------------------

**Für die Adipositas relevante behandlungsbedürftige Krankheiten und/ oder Risikofaktoren:**

Der Patient ist wegen dieser Erkrankungen in Behandlung seit:

**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

- eine ausreichende Motivation zur aktiven Teilnahme Ja  nein
- die notwendige Lernbereitschaft und Gruppenfähigkeit Ja  nein
- ausreichende Sprachkenntnisse Ja  nein

**Schulungsprognose**

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

- Gewichtsreduktion um mind. 5-10 % des Körpergewichts Ja  nein
- Verbesserung bestehender Erkrankungen Ja  nein

**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)

---

**Ort, Datum**

**Vertragsstempel und Unterschrift der/s Ärztin/Arztes**