

**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 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)

Körpergewicht: kg Körpergröße: cm BMI von kg/m ²
--

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