

Dipl.-oec.troph. Sabine Püschel  
**Praxis für Ernährungstherapie  
und -beratung**  
Wilhelmstraße 40  
37308 Heilbad Heiligenstadt  
Telefon / Fax (03606) 652 92 -82 / -83

## Ärztliche Zuweisung

### Ernährungstherapeutische Beratung für

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

### Diagnosen / Befund

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Adipositas                                      | BMI..... kg/m <sup>2</sup>     |
| <input type="radio"/> Arterielle Hypertonie                           | Blutdruck...../..... mmHg      |
| <input type="radio"/> Diabetes mellitus Typ-2                         | NBZ..... mmol/l                |
|   | HbA <sub>1c</sub> -Wert..... % |
| <input type="radio"/> Fettstoffwechselstörungen                       | Ges-Chol..... mmol/l           |
|   | LDL-Chol..... mmol/l           |
|   | HDL-Chol..... mmol/l           |
|   | TG..... mmol/l                 |
|   | Harnsäure..... µmol/l          |
| <input type="radio"/> Hyperurikämie                                   |                                |
| <input type="radio"/> Herz- und Gefäßkrankungen: _____                |                                |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankungen: _____                       |                                |
| <input type="radio"/> Leber-, Gallen- und Pankreaserkrankungen: _____ |                                |
| <input type="radio"/> Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts: _____  |                                |
| <input type="radio"/> Erkrankungen des Skelettsystems: _____          |                                |
| <input type="radio"/> Nahrungsmittelintoleranzen: _____               |                                |
| <input type="radio"/> Sonstiges _____                                 |                                |

**Medikation:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit weise ich Ihnen oben genannte(n) Patient(in) zu, mit der Bitte um Zusendung des Beratungsberichtes.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift des zuweisenden Arztes