



**Ihr Termin:**

<b>GVB Harz u. Heide GmbH</b> John-F.-Kennedy-Platz 9 (2.Etage) 38100 Braunschweig  <b>Ernährungsberatung:</b> <b>Beraterin: Frau Zerbst</b> <b>Tel.: 0531-1289591</b> <b>Fax: 0531-8770610</b>  Verwaltung: Frau Dümchen Tel.: 0531-6128662 Fax: 0531-8770610 E-Mail: info@gesundheitsverbund.de	Ihre Beratung findet am: Datum: _____ Zeit: _____ in den Räumen des GVB statt.
	Krankenkasse _____ Ansprechpartner _____ Datum: _____ Rückruf: _____ Status: _____

**Antrag auf Kostenübernahme zur geplanten Ernährungstherapie im Rahmen der Rehabilitation nach § 43 (SGB V)**

Angaben zum Patienten: Füllt der Patient aus

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Indikationen (Diagnosen) für die Ernährungstherapie:**

Siehe Rezept

**Art der Beratung bzw. Behandlung**

<input type="checkbox"/>	Erstberatung ( 60 Minuten)	Kosten	60,00	Euro
<input type="checkbox"/>	_4 x Folgeberatungen ( je 30 Minuten, max. 4 )	Kosten à	35,00	Euro
<b>Gesamtkosten</b>			<b>200,00</b>	<b>Euro</b>

**Erklärung des Patienten**

Die Beratungen werden von **Frau Gabriele Zerbst**, zertifizierte Diätassistentin (VDD), die eine Krankenkassenzulassung hat, in den Räumen des GVB durchgeführt.  
 Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Gesundheitsverbund sich in meinem Auftrag direkt an meine Krankenkasse wendet und die Kostenerstattung für mich regelt. Bei Nichteinhaltung eines vereinbarten Termins werden anteilig Kosten fällig (Erstgespräch 40,- Euro, Folgeberatung 20,- Euro).

**Bitte denken Sie an Ihr Rezept / Überweisung**

Datum _____	Unterschrift Patient / Mitglied _____		
<b>Kostenübernahme erfolgt für:</b>		Füllt Ihre Krankenkasse aus	
<input type="checkbox"/>	Erstberatung mit je _____	_____	Euro
<input type="checkbox"/>	_____ Folgeberatung mit je _____	_____	Euro
<b>übernommene Gesamtkosten</b>			<b>Euro</b>
_____ , den _____	Datum _____	Unterschrift Krankenkasse _____	
Ort _____	Datum _____	Unterschrift Krankenkasse _____	

# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN - ARZT

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

allgemeine Diagnosen: \_\_\_\_\_

Diagnose(n) zur Ernährungsberatung: \_\_\_\_\_

Größe (m): \_\_\_\_\_

Parameter	Messwert 1	Messwert 2	Messwert 3	
	Datum:	Datum:	Datum:	
Gewicht (kg)				
BMI				
Taillenumfang (cm)				
Gesamtcholesterin (mg/dl)				
LDL (mg/dl)				
HDL (mg/dl)				
Triglyceride (mg/dl)				
CRP (mg/l)				
Nüchternblutzucker (mg/dl)				
HbA1c (% des Hb)				
Harnsäure (mg/dl)				
gGT (U/l)				
TSH (mU/l)				
Kreatinin (mg/dl)				
Blutdruck (mm Hg)				
regelmäßige Medikamenteneinnahme	Dosierung			
	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_