

Adresse/Stempel des zuweisenden Arztes

DMP Teilnahme Ja Nein

Tel.-Nr. _____

Ärztliche Zuweisung

Angaben zur Erkrankung:

Diabetes mellitus

Adipositas mit BMI Angabe

Hyperurikämie

Nahrungsmittel- Intoleranzen

(Lactose, Fruktose, Gluten)

Medikation allgemein

Aktuelle Laborwerte

HbA1c

BZ

Blutdruck

Gesamtcholesterin

HDL

LDL

Triglyzeride

Harnsäure

Ernährungstherapeutische Maßnahme

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

Unterschrift des Arztes