

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



**RICHTIG ESSEN  
INSTITUT**

RICHTIG ESSEN INSTITUT  
Lindenstrasse 11  
61231 Bad Nauheim  
Fax: 06032-925503-1  
info@richtig-essen-institut.de

## Ärztliche Bescheinigung + Leistungsantrag

über die medizinische Notwendigkeit

- einer individuellen Ernährungstherapie  
 eines interdisziplinären Adipositasprogramms  
(inkl. Bewegungseinheiten)

### Zutreffende Indikation:

Größe: \_\_\_\_\_ m    Gewicht: \_\_\_\_\_ kg    BMI: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>    Perzentile: \_\_\_\_\_

**ARZT**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI < 18,5)   | <input type="checkbox"/> Untergewicht bei Kindern |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht bei Erwachsenen (BMI > 25)  | <input type="checkbox"/> Übergewicht bei Kindern  |
| <input type="checkbox"/> Adipositas bei Erwachsenen (BMI > 30)   | <input type="checkbox"/> Adipositas bei Kindern   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck            |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht   | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung  |
| <input type="checkbox"/> Lip-/ Lymphödem   | <input type="checkbox"/> Essstörung               |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> dialysepflichtig                      | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung / Mangelernährung   | <input type="checkbox"/> Post-Covid-Syndrom       |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie/ Intoleranz: _____                                       |   |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung: _____  |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____  |   |

- siehe beigefügte Kopie der Laborwerte  
 siehe beigefügten Befundbericht  
 keine Bewegungstherapie möglich

\_\_\_\_\_  
Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

### Leistungsantrag und Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten (Bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

**PATIENT**

Ich beantrage einen Zuschuss zu den Kosten  einer Ernährungstherapie  eines interdisziplinären Adipositasprogramms durch das RICHTIG ESSEN INSTITUT (REI).

Zusätzlich erkläre ich mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten erhoben und ausschließlich im Rahmen dieses Leistungsantrages verwendet werden. Meine Daten sind alle geschützt und unterliegen den Bestimmungen der DSGVO. Eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte wird von mir nicht genehmigt. Ich kann meine Einwilligung jederzeit und unbegründet widerrufen. Die ausführlichen Datenschutzbestimmungen des REI kann ich jederzeit auf der Homepage [www.richtig-essen-institut.de](http://www.richtig-essen-institut.de) einsehen.

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)