

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

<b>Antonia Kuhlmann</b> <b>Ernährungsberaterin/DGE und VDOE</b>		<b>ZERTIFIKAT</b> <small>ERNÄHRUNGSBERATERIN</small>  <small>BERUFSVERBAND OECOTROPHOLOGIE E.V.</small>
Phoenixhof 1. OG Ruhrstraße 11a 22761 Hamburg	Rixstraße 11 25421 Pinneberg	
Tel. 0151 1782 3633 Tel. 04101-69129 <a href="mailto:info@antonia-kuhlmann.de">info@antonia-kuhlmann.de</a>		Fax. 04101-8692620 <a href="http://www.antonia-kuhlmann.de">www.antonia-kuhlmann.de</a>

# Bescheinigung:

Die Teilnahme am Präventivkurs zur Gewichtsreduktion nach § 20 SGB V ist trotz eines BMI von über 30 kg/m<sup>2</sup> und einer behandlungsbedürftigen Stoffwechselerkrankung, aus ärztlicher Sicht sinnvoll. Eine psychische Essstörung kann ausgeschlossen werden.

**Wichtiger Hinweis:**

Eine Teilnahme ist in jedem Fall nur mit einem BMI von unter 35kg/m<sup>2</sup> möglich

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

Unterschrift Arzt/ Ärztin: \_\_\_\_\_

Praxisstempel     
-----------------------------------