



Ärztliche Empfehlung

Über die medizinische Notwendigkeit einer
ernährungstherapeutischen Beratung (nach § 43 SGB V).

Ernährungstherapeutische Beratung für

Vor-, Name _____ geboren am _____

Anschrift _____

Telefon _____ E-Mail _____

Behandelnder Arzt

Name _____ Telefon _____

Anschrift _____

Diagnose / Befund

Therapie / verordnete Diätprinzipien

Laborwerte vom: _____ sind als Kopie beigelegt.

Aktuelle Medikation vom: _____ sind als Kopie beigelegt.

Ich bitte um telefonische Rücksprache zu Beginn der Beratung.

Zusendung eines Beratungsberichts bei Abschluss der Beratung.

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes