

Adresse/Stempel des zuweisenden Arztes

Ärztliche Bescheinigung
über die medizinische
Notwendigkeit
einer Ernährungsberatung
nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Anschrift der Therapiepraxis

Brigitte Dworzak (Dipl. oec. troph.
Univ.)
Pelchenhofener Str. 70
92318 Neumarkt i.d.Opf.
Tel. 09181/463258

Datum: _____

Ernährungstherapeutische Beratung für

Name, Vorname _____ geb.: _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Diagnosen / Befund:

Gewicht:

Therapie / Medikation:

Aktuelle Laborwerte vom:

(Bitte Kopie des Labors beilegen)

Blutdruck:

Ernährungstherapeutische Maßnahme:

Hiermit weise ich Ihnen den/die Patient /-in _____ zu.

Bitte senden Sie mir den Beratungsbericht zu.

Unterschrift des Arztes