

## Ärztliche Empfehlung

Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungs-  
therapie nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

### Ernährungstherapie für

Vor-, Nachname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Behandelnder Arzt / Therapeut

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Diagnose / Befund

\_\_\_\_\_

Therapie / Medikation

\_\_\_\_\_

Aktuelle Laborwerte vom \_\_\_\_\_ (Bitte eine Kopie beifügen)

Ich wünsche die Zusendung des Beratungsberichts

Bitte rufen Sie mich an, um Details zu besprechen

Hiermit weise ich Ihnen o. g. Patient zu:

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

