

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

**Zuweisung zu einer  
Ernährungstherapie §43 SGB V/**

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung  
Datum:

	<b>Diagnose:</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Sonstige Erkrankungen, welche?</b>

Ich lege großen Wert auf das Vorlegen möglichst vollständiger Vorbefunde.

Laborbefunde beiliegend

Medizinische Berichte beiliegend

Die ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V ist aufgrund o.g. Diagnosen notwendig und erfolgt in Zusammenarbeit mit der auf Nahrungsmittelunverträglichkeiten spezialisierten Ernährungswissenschaftlerin Dipl.oec.troph. C.Schäfer.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

