

## Ärztliche Empfehlung

Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungstherapie gemäß § 43 SGB V

### Ernährungstherapeutische Beratung für

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (des Patienten)

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

### Behandelnder Arzt / Therapeut

\_\_\_\_\_  
Name (Arzt / Therapeut)

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon

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

Diagnose / Befund: \_\_\_\_\_

Therapie / Medikation: \_\_\_\_\_

Verordnete Diätprinzipien: \_\_\_\_\_

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

Ich bitte um die Zusendung des Beratungsberichtes.

Bitte nehmen Sie mit mir Kontakt auf um das weitere Vorgehen sowie die Details zu besprechen.

Hiermit weise ich Ihnen oben genannten Patienten zu.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift Arzt / Therapeut