

Ärztliche **NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG** über Diättherapie/Ernährungstherapie gemäß § 43 SGB V

Ernährungstherapeutische Beratung für

Name, Vorname (des Patienten)

geb. am

Straße PLZ, Wohnort

Telefon

E-Mail

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Behandelnder Arzt / Therapeut

Name (Arzt / Therapeut)

Anschrift

Telefon

E-Mail

Diagnose/Befund: _____

Therapie / Medikation: _____ (Bitte Kopie beifügen!)

Aktuelle Laborwerte vom: _____ (Bitte Kopie beifügen!)

Verordnete Diätprinzipien: _____

(z.B. Eiweißmenge, Trinkmenge..)

- Ich bitte um die Zusendung des Beratungsberichtes
- Bitte nehmen Sie Kontakt mit mir auf um das weitere Vorgehen sowie die Details zu besprechen.

Hiermit weise ich Ihnen oben genannten Patienten zu.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes