

Ärztliche Empfehlung

Über die medizinische Notwendigkeit einer
Ernährungstherapie nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Ernährungstherapeutische Beratung für

Vor-, Nachname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon _____ E-Mail _____



WILLENSKRAFT
Ernährungsberatung • Diättherapie

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. Patienten zu:

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes/Therapeuten

Vanessa Göhlert
Staatl. gepr. Diätassistentin
VDD zertifiziert

ernaehrungstherapie-willenskraft.de
diaetassistentin.goehlert@web.de
09401 5278354

Bayerwaldstraße 19
93073 Neutraubling