



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 _____

Behandelnder Arzt / Therapeut

Name _____

Telefon _____

Anschrift

Diagnose / Befund

Relevante Therapie / Medikation /

Die Empfehlung belastet das ärztliche Budget nicht!

Hiermit weise ich Ihnen o. g. Patient zu:

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes / Therapeuten

Jana Lebenstedt · staatlich anerkannte Diätassistentin



E-Mail: jana@nutritionharmony-lebenstedt.com
www.nutritionharmony-lebenstedt.com
Tel: +49 (0)152 527 586 70