

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Versicherten-Nr.: _____

Versicherung: _____

Indikation /en

- Allergie
- Diabetes mellitus
- Erkrankung des Magen-/ Darmtraktes
- Fettstoffwechselstörung
- Gicht / Hyperurikämie
- Herz-Kreislaufkrankung
- Hypertonie
- Krebs
- Osteoporose
- sonstiges: _____

Bei dem/der oben genannten Patient/in ist aufgrund
Der vorliegenden Indikation/en eine Ernährungstherapie/
Beratung erforderlich.

Ich empfehle _____ Beratungen in der Praxis für Ernährungs-
therapie, Dr. oec. troph. Claudia Laupert-Deick, Bonn

Datum, Unterschrift des Arztes, Praxisstempel