

Adresse/Stempel der/des zuweisenden Ärztin/Arztes

**Bitte eine Kopie anfertigen**  
(für den Antrag des Patienten  
auf Bezuschussung durch  
die Krankenkasse)

## Ärztliche Zuweisung zu einer Ernährungsberatung/Ernährungstherapie

### Patientin/Patient

.....  
Name, Vorname

.....  
Straße

.....  
PLZ, Ort

.....  
Telefon privat

.....  
Telefon beruflich

.....  
Krankenversicherung

Diagnosen/Befund:

Bisherige/derzeitige Therapie/Medikation:

Aktuelle Laborwerte vom:  
bitte Kopie des Labors beilegen

Blutdruck: /

**Notwendiger zeitlicher Umfang der Ernährungsberatung/Ernährungstherapie:**  
und ggfs. weitere Erläuterung

Hiermit überweise ich Ihnen oben genannte(n) Patient(in) zu.

Rückmeldung erbeten

telefonisch  schriftlich  Nein

.....  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes

.....  
Ort, Datum