



# ERNÄHRUNGSBERATUNG

CHRISTINA ZÖHRER

Master of Science Ernährungswissenschaftlerin, Bachelor Ökotrophologin, Ernährungsberaterin/DGE

## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Ernährungstherapie gemäß § 43 SGB V

Name, Vorname des Versicherten:

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankenkasse bzw. Kostenträger:

Versicherten-Nr.:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Behandelnder Arzt/ Therapeut

Name:

Telefon:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anschrift:

\_\_\_\_\_

Diagnose:

\_\_\_\_\_

Indikation(en) für die ernährungstherapeutische Beratung:

\_\_\_\_\_

Laborwerte: Bitte eine Kopie beifügen

Abschlussbericht erwünscht?

ja

nein

telefonisch

schriftlich