



Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

(Die Zuweisung ist budgetneutral)

Hiermit bescheinige ich die medizinische Indikation einer qualifizierten Ernährungsberatung gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V für folgende/n Patientin/en:

Name: Vorname:

Anschrift:

Geb.: Telefon:

Krankenkasse/ Kostenträger:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____ kg/m² Blutdruck: _____ mmHg

Diagnose/ Indikation:

Bisherige / derzeitige Therapie / Medikation:

Bitte fügen Sie aktuelle Laborwerte bei!

Adresse / Stempel der zuweisenden Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes/ der Ärztin