

Zuweisung zu einer Ernährungstherapie gemäß § 43 SGB V – Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten/der Patientin

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

Diagnosen / Befund:

Therapie /Medikation:

Sonstige Erkrankungen:

Bitte legen Sie Laborbefunde / medizinische Berichte bei, wenn vorhanden.

Aufgrund der o.g. Diagnose besteht die Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen Behandlung gemäß § 43 SGB V. Diese erfolgt in Kooperation mit der Praxis für Ernährungstherapie Susanne Büscher, Oecotrophologin (B.Sc.) und Ernährungsberaterin/DGE, in 22397 Hamburg.

Datum:

Stempel/Unterschrift des Arztes

