

Wir gehen den Weg  
zusammen



# Ernährungspraxis Rassl

## Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungstherapie gemäß  
§ 43 SGB V

*Diese Verordnung belastet ihr Heilmittelbudget nicht!*

**Adresse und Stempel des zuweisenden Arzt / Therapeuten:**

**Ernährungstherapeutische Beratung für:**

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Krankenkasse

Versicherungsnummer

---

Straße

PZL, Ort

---

Telefon

E-Mail

---

Diagnose / Befund

---

Therapie / Medikation

***Bitte fügen sie eine Kopie der letzten Laborwerte bei.***

- Ich wünsche die Zusendung des Beratungsberichts
- Bitte nehmen sie Kontakt mit mir auf um das Vorgehen sowie Details zu besprechen.

Hiermit weise ich ihnen oben genannte Patienten zu.

---

Datum

Unterschrift des Arzt / Therapeuten