

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für Ernährungstherapeutische Beratung

(nach § 43 SGB V)

Ernährungstherapeutische Beratung für:

Name, Vorname: _____ geboren am: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Krankenversicherung: _____ Versicherungsnummer: _____

Mit versichert bei:

Name, Vorname: _____ geboren am: _____

Der/ Die Patient/-in leidet unter:

Aus ärztlicher/therapeutischer Sicht halte ich Ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Behebung des oben genannten Krankheitsbildes als dringend notwendig.

In diesem Zusammenhang rechne ich mit: _____ Therapieeinheiten.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes, Praxisstempel