



Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Vorname Nachname	geb. am
Kassen-Nr.	
Versicherten-Nr.	
Status	Datum

### Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für die Ernährungsberatung

Hiermit weise ich oben genannte(n) Patient(in)

Stempel / Unterschrift des Arztes
-----------------------------------

**Diagnosen/ Verdachtsdiagnosen:**

**Therapie / Medikation:**

**Aktuelle Laborwerte als Anlage (falls vorhanden)**