

Adresse/Stempel der/des zuweisenden Ärztin/Arztes

Zuweisung

bitte eine **Kopie** anfertigen !
(für den Antrag des Patienten auf
Bezuschussung durch die Krankenkasse)

Hiermit empfehle ich für folgende(n) Patientin/Patienten


Name, Vorname _____ geb. am _____

Versicherter _____

PLZ, Ort _____

Telefon privat _____ Telefon beruflich _____ Krankenversicherung _____

eine Ernährungsberatung/Ernährungstherapie bei

 Dipl. oec. troph. Beate Daâs, Lerchenstraße 22 (Innenhof), 24103 Kiel/
Auf der Höhe 5, 24582 Brügge.

Eine Ernährungsberatung ist medizinisch notwendig zur Unterstützung der ärztlichen
Therapie **bei folgender Erkrankung:**

Bisherige/derzeitige Therapie/Medikation:

Aktuelle Laborwerte vom:
bitte Kopie des Labors beilegen

Blutdruck: /

Ich bitte um Rückmeldung

telefonisch

schriftlich

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Ort, Datum



Praxis für Ernährungsberatung/Ernährungstherapie

Beate Daâs, Diplom-Oecotrophologin.

Lerchenstraße 22 (Innenhof), 24103 Kiel, Tel.: 0431-97 99 56 84

Auf der Höhe 5, 24582 Brügge, Tel.: 04322 75 0001

Email: beatedaas@gmx.de,

www.bessere-ernahrung.de

