

# ÄRZTLICHE EMPFEHLUNG

ÜBER DIE MEDIZINISCHE NOTWENDIGKEIT EINER ERNÄHRUNGSTHERAPIE NACH

§ 43 SATZ 1 NR. 2 SGB V

|                           |
|---------------------------|
| Name, Vorname, geb. Datum |
| Adresse:                  |

|                      |
|----------------------|
| Krankenkasse         |
| Versicherten Nummer: |

|                       |
|-----------------------|
| Behandelnder Arzt/-in |
| Adresse               |

**Erkrankung** \_\_\_\_\_

Laborwerte vom: \_\_\_\_\_ sind als Kopie beigelegt

Aktuelle Medikation vom: \_\_\_\_\_ sind als Kopie beigelegt

- Ich wünsche die Zusendung des Beratungsberichts
- Bitte rufen Sie mich an, um Details zu besprechen

\_\_\_\_\_  
Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes