



Ärztliche Bescheinigung

Adresse oder Stempel des betreuenden Arztes

Datum:

Informationen des betreuenden Arztes zum Patienten:

Nachname:

Vorname:

Strasse:

Ort:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Privat:

Dienstlich:

Diagnose:

(Bitte eine Kopie der aktuellen Laborwerte beifügen)

Therapeutische Maßnahmen / Medikamenteneinnahme:

Ernährungstherapeutische Maßnahme:

Um die ärztliche Behandlung durch eine Ernährungsberatung zu ergänzen, weise ich Ihnen oben genannte(n) Patient(in) zu

Unterschrift des Arztes: