



NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG FÜR DIE ERNÄHRUNGSBERATUNG

begleitend rehabilitative Maßnahme nach § 43 SGB V

Hiermit bestätige ich meiner/m Patientin/en

_____ ,

geboren am _____ die medizinische
Notwendigkeit einer Ernährungsberatung zur Ernäh-
rungsumstellung wegen

Diagnose 1: _____

Diagnose 2: _____

Zur Erstellung eines individuellen Ernährungsplans sind die aktuellen Blut-
werte umseitig/als Kopie angefügt.

Datum

Unterschrift des Arztes

Dieser Rezeptblock dient Ihrer täglichen
Arbeit mit Ihren Patienten. Mit freundlicher
Unterstützung durch:



DR. AMBROSIOUS

STUDIO FÜR
ERNÄHRUNGSBERATUNG

Für die Erstellung eines individuellen Ernährungsplanes und zur Kontrolle unserer Beratung benötigen wir zu Beginn und zum Abschluß der Beratungszeit folgende Blutwerte:

Blutwerte vom: _____

Chol: _____

LDL: _____

HDL: _____

TRI: _____

GLU: _____

Hb_{A1c}: _____

Harnsr: _____

Kreatinin: _____

γGT: _____

Sonstige: _____

Schilddrüsenunter-/überfunktion: _____

RR: _____

bestehende Medikation: _____

