

# Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

## Patientendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

## Indikation/en

- Allergie
- Diabetes mellitus
- Erkrankung des Magen-/Darmtraktes
- Fettstoffwechselstörung
- Gicht / Hyperuricämie
- Herz-Kreislaufkrankung
- Hypertonie
- Krebs
- Osteoporose
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bei dem/der oben genannten Patient/in ist aufgrund der vorliegenden Indikation/en eine Ernährungstherapie/Beratung erforderlich.

Ich empfehle \_\_\_\_\_ Beratungen in der Praxis für Ernährungstherapie und Beratung,  
Dipl. oec. troph. Ulrike Hardt, Ebsdorfergrund.

---

Datum, Unterschrift des Arztes, Praxisstempel