

# Ärztliche Zuweisung zur Ernährungstherapie nach § 43 Abs. 2 SGB V Rehabilitation

Die Zuweisung ist budgetneutral

Krankenkasse	Kassen-Nr.	männlich / weiblich
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht
Anschrift (Straße, Hausnummer)		
PLZ, Wohnort	Telefon	
	Hauptversicherter / Angehöriger	
Versicherten-Nr.	Bitte nicht zutreffendes durchstreichen	

**Diagnose:**

---

---

**Medizinische Indikation für eine Ernährungsberatung (mit Begründung):**

---

---

**Aufgrund o.g. Indikation wird eine Ernährungstherapie empfohlen**

---

Unterschrift/ Stempel des Arztes Ort, Ausstellungsdatum

**Abschlussbericht**

Ja, Einwilligung des Patienten vorausgesetzt  Nein  telefonisch  schriftlich