

Adresse/Stempel der/des zuweisenden Ärztin/Arztes

# Zuweisung

**bitte** eine **Kopie** anfertigen !  
(für den Antrag des Patienten auf  
Bezuschussung durch die Krankenkasse)

## Hiermit weise ich Ihnen folgende(n) Patientin/Patienten

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

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon privat

\_\_\_\_\_  
Telefon beruflich

\_\_\_\_\_  
Krankenversicherung

Diagnosen/Befund:

Bisherige/derzeitige Therapie/Medikation:

Aktuelle Laborwerte vom:  
bitte Kopie des Labors beilegen

Blutdruck: /

### zur Ernährungsberatung/Ernährungstherapie zu:

ggfs. Erläuterung / zeitlich notwendiger Umfang

Ich bitte um Rückmeldung

telefonisch    schriftlich

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum