

Bettina Liebner
Dipl.-Oecotrophologin
Tel.: 04404-5259

Ernährungstherapeutische Beratung notwendig wegen

Diagnosen/Befund

Größe:

Gewicht:

Aktuelle Laborwerte (evtl. Kopie beifügen)

(Nüchtern-)Glucose: _____ HbA1c: _____

Gesamtcholesterin: _____ HDL: _____ LDL: _____

Triglyceride: _____

Gamma-GT: _____ GOT: _____ GPT: _____

Harnsäure: _____

Schilddrüsenerkrankungen: _____

Blutdruck: _____

Bei Allergien und Lebensmittelunverträglichkeiten bitte
entsprechende Befunde mitbringen

Feld für Daten der Chipkarte

**Notwendigkeitsbescheinigung für
eine ernährungstherapeutische Beratung**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

als Ergänzung der ärztlichen Behandlung empfehle ich
aufgrund der bei Ihnen bestehenden Diagnose/n eine
qualifizierte ernährungstherapeutische Beratung.

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes