

7 **DIPLOM
OECOTROPHOLOGIN**
KADI SIEBEN

PRÄVENTION
GESUNDHEITSFÖRDERUNG
ERNÄHRUNGSBERATUNG

BERNSTORFFSTRASSE 120
22767 HAMBURG
FON 040 68 988 585
FAX 040 68 988 587
MOBIL 0170 30 86 422
K.SIEBEN@HAMBURG.DE



Name/Adresse der Krankenkasse:

Ärztliche Verordnung § 43

Zur Vorlage bei der Krankenkasse

Betrifft: ernährungstherapeutische Beratung für

Patientin/Patient

.....
Name, Vorname
.....
Straße
.....
PLZ, Ort
.....
Telefon privat Telefon beruflich Krankenversicherung / Vers. Nr.

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei der/dem oben genannten Patientin/en habe ich folgende Diagnose(n) gestellt:

.....

Das vorliegende Krankheitsbild steht in engem Zusammenhang mit der Ernährung der/des Patientin/en. Da von einer Ernährungsumstellung eine Besserung der Symptomatik zur erwarten ist, halte ich eine wissenschaftlich fundierte Ernährungstherapie von mindestens _____ Terminen für angezeigt.

mit freundlichen Grüßen