

Adresse / Stempel Arztpraxis

Notwendigkeitsbescheinigung für Ernährungsberatung

Name:

Strasse:

PLZ, Ort:

Tel. Nr.:

Hiermit bestätige ich meiner PatientIn die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung zur Ernährungsumstellung wegen folgender Diagnose(n):

Unterschrift des Arztes

Praxis für Ernährungstherapie und Beratung Birthe Krenski

Moselstr. 9

47051 Duisburg

T +49 203 4497 188

F +49 203 4497 189

E beratung@issdichgesund.de

www.issdichgesund.de

