



Iss dich gesund

Praxis für Ernährungstherapie
und Beratung

Notwendigkeitsbescheinigung für Ernährungsberatung

Hiermit bestätige ich meiner PatientIn :

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Geb.am: _____

Tel: _____

die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung zur
Ernährungsumstellung wegen folgender Diagnose(n):

Datum: _____ Unterschrift: _____

Praxisstempel

Iss dich gesund

Birthe Krenski
Diplom-Ökotrophologin
Moselstr. 9
47051 Duisburg

Tel.:
+49 203 / 4497 188
Fax:
+49 203 / 4497 189

Email:
beratung@issdichgesund.de
Web:
www.issdichgesund.de

Bankverbindung:
Comdirektbank

IBAN:
DE29 20041155 0518238105

BIC:
COBADEHD055

BLZ:
200 411 55

Konto:
518 238 105