



**SILKE BERGMANN-KUNZ**

Ernährungsberatung  
Bewegungstraining

## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Eine ernährungstherapeutische Beratung gemäß § 43 Abs. 1 SGB V durch einen qualifizierten Ernährungsberater ist notwendig.

Arztstempel | Unterschrift des Arztes

---

---

---

---

---

### Ernährungstherapeutische Beratung für

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ | Ort

Telefon

Krankenkasse | Kostenträger

Versicherten-Nr.

### Diagnose | Befund

---

---

---

**Aktuelle Laborwerte liegen vor** [ ] ja  
[ ] nein

**Abschlussbericht erwünscht?** [ ] ja  
[ ] nein  
[ ] telefonisch  
[ ] schriftlich