

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Ärztliche Zuweisung
für eine ernährungstherapeutische Beratung
an:

Susanne Bilz
Diättherapie und Ernährungsberatung
Diplom-Oecotrophologin/Diabetesassistentin DDG
Breitenauer Straße 13 / 01279 Dresden
FON: 0351-21 76 17 00 / FAX: 0351-21 76 17 01
info@bilz-ernaehrungsberatung.de

Die **KOPIE!** dieses Formulars bitte dem „Antrag des Patienten auf Bezuschussung“ durch die Krankenkasse beilegen!
ORIGINAL erhält die Ernährungsberatung. **Die Überweisung ist budgetneutral!**

Diagnosen: _____

Bitte die Felder ausfüllen, die für die Maßnahme erforderlich sind:
(Oder Kopie der Laborbefunde beilegen!)

Cholesterin ges. (mmol/l)	HDL (mmol/l)	LDL (mmol/l)	Triglyceride (mmol/l)

Blutzucker (mmol/l)	HbA1c (%)	Harnsäure (mmol/l)	Blutdruck

Weitere relevante Laborbefunde:
(evtl. Kopie beilegen)

Derzeitige Therapie / Medikation:
(evtl. Medikamentenliste beilegen)

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Sie können das Formular auch downloaden unter www.bilz-ernaehrungsberatung.de/Downloads