

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
nach § 43 SGB V

Susanne Bilz
Diättherapie und Ernährungsberatung
 Diplom-Oecotrophologin/Diabetesassistentin DDG
 Naumannstraße 3 / 01309 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