

Zuweisung zur Ernährungstherapie bei Team Ernährung

PatientIn _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

SV-Nr. _____

von Arzt/Ärztin auszufüllen

Diagnose/n:

Hauptdiagnose/n für Beratung _____

Behandlungsziel/e

Aktuelle/s Medikament/e

Aktuellster Laborbefund vom (Datum) _____

(bitte Kopie des Labors beilegen)

Zuweisung an Diätologin: Viktoria Guss, BSc Eva-Maria Polz, BSc

(falls lt. Diagnose eine klare Zuordnung besteht, bitte von Ärztin/Arzt auszufüllen. Ansonsten erfolgt die Auswahl der zuständigen Diätologin vor Erbringung der Beratungsleistung in der Praxis von Team Ernährung)

Datum & Name der zuweisenden Ärztin / des zuweisenden Arztes

Unterschrift bzw. Stempel der zuweisenden Ärztin / des zuweisenden Arztes