



Praxisstempel

**Notwendigkeitsbescheinigung
für die Ernährungstherapie**
begleitend rehabilitative Maßnahme nach § 43 SGB V

Hiermit bestätige ich meiner/m Patientin/en

geboren am _____ die
medizinische Notwendigkeit einer
Ernährungstherapie aufgrund von

Diagnose 1: _____

Diagnose 2: _____

Datum

Unterschrift Arzt/ Ärztin