Adresse / Stempel des Arztes

An
Krankenkasse

Hamburg, den

Ernährungsberatung

gemäß § 20 SGB V (Ernährungsberatung zur Prävention) ☐
gemäß § 43 SGB V (Ernährungsberatung zur Therapie) ☐

Für den Patienten / die Patientin

Name, Vorname:	
geb. am	
Straße:	
PLZ, Ort:	

wird eine Ernährungsberatung aus medizinischer Sicht empfohlen.

(Unterschrift des Arztes)