

**Ärztliche Notwendigkeitesbescheinigung
Für Diät/Ernährungsberatung**

Nach ausführlicher Untersuchung meiner Patientin/ meines Patienten,

Frau/ Herr

.....

Halte ich- Therapiebegleitend – Diät/ Ernährungsberatung nach § 43 SGB V unbedingt notwendig.

Dies wird von Frau Jessica Prell, staatlich examinierte Diätassistentin durchgeführt.

Diagnose:

Mit freundlichen Grüßen

.....

(Datum, Stempel, Unterschrift)