

Adresse/Stempel des zuweisenden Arztes

## Ärztliche Zuweisung

Anschrift der Therapiepraxis

Tellerrand – Forum f. Ernährung & Prävention  
Dipl. oec.-troph. Bettina Dörr  
Alois-Elsner-Straße 11  
86899 Landsberg am Lech  
Tel.: 08191 / 9733738

Datum \_\_\_\_\_

### Ernährungsberatung / Ernährungstherapie für

Name, Vorname:

geb.:

Straße, PLZ, Ort:

Telefon:

Krankenkasse:

Versicherten-Nr.:

### Diagnosen / Befund:

### Therapie / Medikation:

Aktuelle Laborwerte vom

Blutdruck: / mmHg

### Ernährungstherapeutische Maßnahme:

Hiermit weise ich Ihnen oben genannten Patient zu.

---

Unterschrift des Arztes