

# Ärztliche Zuweisung zur Ernährungstherapie:

Anschrift der Therapiepraxis

Ernährungstherapie  
Dipl. Oec. troph. Silke Kröger  
Theaterstr. 16  
37073 Göttingen

## Ernährungstherapeutische Beratung für

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

## Diagnosen/Befund:

## Therapie/Medikation:

## Aktuelle Laborwerte vom:

Bitte Kopie des Labors beilegen!

## Blutdruck:

## Ernährungstherapeutische Maßnahme:

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes