

# Ärztliche Zuweisung zur Ernährungstherapie

Anschrift der Therapiepraxis

Ernährungstherapie  
Dipl. Oec. troph. Silke Kröger  
Geiststr. 3  
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