

Adresse / Stempel des zuweisenden Arztes

Ärztliche Zuweisung

Anschrift der Therapiepraxis

nähr
lösung

Christine Nickel, Dr. rer. nat.

Diplom-Ökotrophologin

Ernährungsberatung

& Ernährungstherapie

Baumweg 5a

35745 Herborn

Tel. 02 77 2 / 92 59 07 3

Email: d.c.nickel@gmx.de

Web: naehrloesung.de

Datum: _____

Ernährungstherapeutische Beratung für

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Diagnosen / Befund:

Therapie / Medikation:

Aktuelle Laborwerte vom:

Bitte Kopie des Labors beilegen!

Blutdruck:

Ernährungstherapeutische Maßnahme:

Hiermit weise ich Ihnen oben genannte(n) Patient(in) zu, mit der Bitte um Zusendung des Beratungsberichtes.

Unterschrift des Arztes