

Ordination, Name & Adresse des zuweisenden Arztes

## Ärztliche Zuweisung zur Ernährungsberatung/Ernährungstherapie

Bei Katharina Buchta, BSc

+436503624187

[katharina.buchta@food-blessing.at](mailto:katharina.buchta@food-blessing.at)

### Von Patient/in auszufüllen

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

SV-Nr. und Geb. Datum:

### Von Arzt/Ärztin auszufüllen

Ärztliche Diagnose/n:

Hauptdiagnose/n für die Beratung:

Behandlungsziele:

Aktuelle/s Medikament/e:

Eventuell aktuellster Laborbefund vom (Datum):  
(bitte Kopie des Labors beilegen)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel bzw. Unterschrift des zuweisenden Arztes)