

Adresse / Stempel des Arztes

Anschrift der Therapiepraxis

**ERNÄHRUNGSBERATUNG UND -THERAPIE**

Ulrike Breunig Dipl. oec. troph.  
Knöbelstr. 36

80538 München

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

Ernährungstherapeutische Beratung für

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

Diagnose, Befund:

Therapie / Medikation:

Für die nachstehende Erkrankung(en) ist eine ernährungstherapeutische Beratung erforderlich:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas BMI:                 | <input type="checkbox"/> CED              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Typ 1 / Typ 2 | <input type="checkbox"/> Reizdarmsyndrom  |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung         | <input type="checkbox"/> Divertikulose    |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie                      | <input type="checkbox"/> Obstipation      |
| <input type="checkbox"/> Lebensmittelallergie            | <input type="checkbox"/> Diarrhoe         |
| <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz               | <input type="checkbox"/> Zöliakie, Sprue  |
| <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz              | <input type="checkbox"/> Essstörungen     |
| <input type="checkbox"/> Fructosemalabsorption           |   |
| <input type="checkbox"/> Gastritis, Refluxösophagitis    | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gallensteine                    |   |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose                     |   |
| <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis           |   |

Aktuelle Laborwerte bitte in Kopie beilegen.

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift Arzt