

Adresse/Stempel des zuweisenden Arztes

## Ärztliche Zuweisung

Anschrift der Therapiepraxis

**Praxis für Ernährungstherapie und Beratung**  
**Dr. oec. troph. Barutha Dehn-Müller**  
**Rosenstr. 6**

**23730 Neustadt**

### Ernährungstherapeutische Beratung für:

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

Adresse: \_\_\_\_\_

### Diagnosen / Befund:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Adipositas / Übergewicht              | <input type="radio"/> Irritables Colon / Reizdarmsyndrom      |
| <input type="radio"/> Essstörungen / Anorexie / Bulimie     | <input type="radio"/> Divertikulose / Divertikulitis          |
| <input type="radio"/> Diabetes mellitus Typ 2               | <input type="radio"/> Obstipation                             |
| <input type="radio"/> Hyperlipidämie                        | <input type="radio"/> Diarrhoe                                |
| <input type="radio"/> Hypertonie                            | <input type="radio"/> Zöliakie                                |
| <input type="radio"/> Hyperurikämie                         | <input type="radio"/> Laktoseintoleranz                       |
| <input type="radio"/> Rheumatoide Arthritis                 | <input type="radio"/> Fruktosemalabsorption                   |
| <input type="radio"/> Osteoporose                           | <input type="radio"/> Histaminintoleranz                      |
| <input type="radio"/> Gastritis / Refluxoesophagitis        | <input type="radio"/> Nahrungsmittelallergien / Neurodermitis |
| <input type="radio"/> Pankreatitis                          | <input type="radio"/> Niereninsuffizienz                      |
| <input type="radio"/> CED (Morbus Crohn / Colitis ulcerosa) | <input type="radio"/> Sonstiges: _____                        |

### Therapie / Medikation:

Aktuelle Laborwerte bitte in Kopie beilegen.

Hiermit weise ich Ihnen oben genannte(n) Patient(in) zu.

- Bitte rufen Sie mich an, um Details zu besprechen.
- Endbericht erwünscht.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift des Arztes