

**Auf der Basis von:**

IgG-Befund-Nr.: .....

IgE-Befund-Nr.: .....

Name, Vorname: .....

Adresse: .....

Fon: .....

▲ Patient/in ▲

**Diätplan bitte an:**

Patient/in  
oder

Therapeut/in

**Rechnung bitte an:**

Patient/in

Therapeut/in

▲ Befund/Rechnungsadresse ▲



Labor LS SE & Co. KG  
Mangelsfeld 4  
D-97708 Bad Bocklet-Großenbrach

Fon 09708 / 9100-300  
Fax 09708 / 9100-50  
e-mail info@enterosan.de  
Internet www.enterosan.de

Der Einsender ist zur Beauftragung bevollmächtigt

## Individueller Diätplan

€ 89,00

Gerne erstellen wir auf Basis des/der o.g. Befunde/s in Kooperation mit der Spezialklinik Neukirchen einen individuellen, 3-stufigen Diätplan.

**Dazu benötigen wir noch folgende Angaben zum/r Patient/in:**

**Vorbericht:**

Größe: ..... cm

Gewicht: ..... kg

Klinische Unverträglichkeiten: .....

Diagnose(n): .....

Bemerkungen: .....

**Einverständniserklärung (Bitte unbedingt von dem/r Patienten/in unterschreiben lassen!)**

Ich wünsche die Erstellung eines individuellen Diätplanes. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich eine Privatrechnung erhalte und diese selbst bezahlen muss. Eine Kostenerstattung durch meine Krankenkasse, private Krankenversicherung oder Beihilfefestsetzungsstelle ist nicht gewährleistet. Den Rechnungsbetrag werde ich direkt an das Labor L+S überweisen.

Ort: ..... Datum: ..... Unterschrift: .....