

Ärztliche Bestätigung klimakterischer Beschwerden

Hiermit bestätige ich, dass bei der Patientin:

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Folgende Diagnose vorliegt:

Die **Diagnose N95.1** (*Zustände im Zusammenhang mit der Menopause und dem Klimakterium*) liegt vor.

Die Patientin erhält aktuell **keine Hormonersatztherapie** aufgrund der Wechseljahresbeschwerden.

Datum

Praxisstempel und Unterschrift