

VERORDNUNG ZUR ERNÄHRUNGSBERATUNG (gem. Art. 9b KLV)

Personalien

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon Privat _____

Arbeitgeber _____

Telefon Geschäft _____

Krankenversicherer _____

Versichertennummer _____

Krankheit Unfall Invalidität

Anzahl Konsultationen: _____

Datum _____

Unterschrift
des Arztes:
(Stempel mit ZSR-Nummer) _____

Krankheit

- Stoffwechselkrankheiten
- Adipositas (Body-mass-Index über 30) und Folgeerkrankungen durch das Übergewicht oder in Kombination mit dem Übergewicht
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Krankheiten des Verdauungssystems
- Nierenerkrankungen
- Fehl- sowie Mangelernährungszustände
- Nahrungsmittelallergien oder allergische Reaktionen auf Nahrungsbestandteile

Datum _____

Unterschrift der
Ernährungsberaterin:
(Stempel mit ZSR-Nummer) _____

Informationen für die Ernährungsberaterin

Medikamente: _____

Laborwerte: _____

Genaue Diagnose: _____

Bemerkungen: _____

Behandlungsbericht

schriftlich

telefonisch