

VERORDNUNG ZUR ERNÄHRUNGSBERATUNG

(gem. Art. 9b KLV)

Personalien PatientIn

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon Privat _____

Arbeitgeber _____

Telefon Geschäft _____

Krankenversicherer _____

Versichertennummer _____

Krankheit Unfall Invalidität

Anzahl Konsultationen: _____

Adressdaten verordnende/r Ärztin/Arzt

Adressdaten Ernährungsberatung

Praxis für Ernährungsberatung
Lindenweg 2
3604 Thun
Tel. 033 335 36 25

Krankheit

Stoffwechselkrankheiten

Adipositas Erwachsene (Body-Mass-Index über 30) und Folgeerkrankungen durch oder in Kombination mit Übergewicht

Adipositas Kinder und Jugendliche (Body-Mass Index > 97. Perzentile). Oder Body-Mass-Index > 90. Perzentile und Folgeerkrankungen durch oder in Kombination mit Übergewicht, nach Anhang 1 Kapitel 4 KLV

1. Individualtherapie (max. 6 Beratungen innert 6 Monaten)

2. Multiprofessionelle strukturierte individuelle Therapie (MSIT)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Krankheiten des Verdauungssystems

Nierenerkrankungen

Fehl- sowie Mangelernährungszustände

Nahrungsmittelallergien oder allergische Reaktionen auf Nahrungsbestandteile

Datum/Unterschrift des Arztes/der Ärztin: _____

Datum/Unterschrift Ernährungsberatung: _____

(Stempel mit ZSR-Nummer)

(Stempel mit ZSR-Nummer)

Informationen für die Ernährungsberatung

Medikamente:

Aktuelle Laborwerte:

Genauere Diagnose:

Sprache PatientIn:

Bemerkungen:

Behandlungsbericht

schriftlich

telefonisch