

Verordnung zur Ernährungsberatung (gem. Artikel 9b KLV)

Betrifft

Name	_____	m	w
Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Strasse/Nr.	_____	Zivilstand	_____
PLZ/Ort	_____	Beruf	_____
Telefon Privat	_____	Arbeitgeber	_____
Telefon Geschäft	_____		
Anzahl Konsultationen	_____		

Versichertenstatus	Krankheit	Unfall	IV	IV beantragt
Krankenkasse	_____			
Versicherten-Nr.	_____			

Krankheit

Stoffwechselkrankheiten

Adipositas Erwachsene (Bodymass-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

Adressdaten des verordnenden Arztes

Datum	Unterschrift des Arztes:	Datum	Unterschrift der Ernährungsberatung
_____	_____	_____	_____

(Stempel mit ZSR-Nummer)

(Stempel mit ZSR-Nummer)

Informationen für die Ernährungsberaterin

Medikamente _____

Aktuelle Laborwerte _____

Genaue Diagnose _____

Sprache Patient _____

Bemerkungen _____

Behandlungsbericht schriftlich telefonisch

Anmeldung speichern und per E-Mail-Attachement an die Ernährungsberatung senden