

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 Ernährungsberatung

diabetesostschweiz
Fachbereich Ernährung
c/o Medizinisches Zentrum
Marktplatz 9, 9400 Rorschach
Fax ODG: 071 223 58 92
ZSR-Nr.: M200617

Adressdaten verordnende/r Ärztin/Arzt

ZSR-Nr.:

Datum/Unterschrift des Arztes/der Ärztin:

.....

(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 Ernährungsberatung:

.....

(Stempel mit ZSR-Nummer)

Informationen für die Ernährungsberatung

Medikamente:

Laborwerte:

Genauere Diagnose:

Bemerkungen:

Behandlungsbericht

schriftlich telefonisch