

Telefon: _____

Email: _____

Verordnung zur Ernährungsberatung

STA 86535 / Fax 53982

Indikation (gem. Art. 9b KLV) Bitte hier keine weiteren Bemerkungen

- Stoffwechselkrankheiten
- Adipositas (Body-mass-Index über 30kg/m²) 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

Arzt

Datum _____

Ernährungsberaterin

Datum _____

Unterschrift/Stempel/Telefon _____

Unterschrift/Stempel mit ZSR-Nummer _____



Informationen für die Ernährungsberaterin

Diagnose und Fragestellung	
Therapieziel	
Gewicht Grösse BMI NRS	Relevante Laborwerte
Medikamente	
Sprache	Bezugsperson
Dringlichkeit	Geplanter Austritt
Behandlungsbericht <input type="checkbox"/> nach Erstberatung	
<input type="checkbox"/> nach Abschluss	

