

Personalien Patient/in

Name: Vorname:
Strasse/Nr.: PLZ/Ort:
Tel. Privat/Mobile: Tel. Geschäft:
Geburtsdatum: Geschlecht: weiblich männlich
Arbeitgeber:
Krankenkasse/Versicherung: Mitgliedsnr.:
Krankheit Unfall Invalidität
Anz. Konsultationen:

Krankheit

Stoffwechselkrankheit
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

Absender-Informationen

Praxis-Adresse: ZSR-Nummer:
Ort/Datum: Name/Vorname:
Mit der Angabe von Praxis, Ort, Datum und Name bestätige ich die Richtigkeit der oben angegebenen Informationen

Informationen für die Ernährungsberatung

Medikamente:
Aktuelle Laborwerte:
Genaue Diagnose:
Sprache PatientIn:
Bemerkungen:
Behandlungsbericht: schriftlich telefonisch sonstige: