

Verordnung zur Ernährungsberatung

(gem. Art. 9b KLV)

Personalien PatientIn

Name _____
Vorname _____ m w
Geburtsdatum _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____
Telefon Privat _____
Arbeitsgeber _____
Telefon Geschäft _____
Krankenversicherer _____
Versichertennr. _____
 Krankheit Unfall Invalidität
Anzahl Konsultationen _____

Adressdaten verordnende/r Ärztin/Arzt

Datum _____ Unterschrift des Arztes/der Ärztin _____

Adressdaten Ernährungsberatung

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 Ernährungsberatung _____

(Stempel **mit ZSR-Nummer**)

(Stempel **mit ZSR-Nummer**)

Informationen für die Ernährungsberatung

Medikamente _____

Aktuelle Laborwerte _____

Genauere Diagnose _____

Sprache PatientIn _____

Bemerkung _____

Behandlungsbericht schriftlich telefonisch