**VERORDNUNG ZUR ERNÄHRUNGSBERATUNG**

(gem. Art. 9b KLV)

**Personalien PatientIn**

Name

Vorname        m  w

Geburtsdatum

Strasse

PLZ/Ort

Telefon Privat

Arbeitgeber

Telefon Geschäft

Krankenversicherer

Versichertennummer

Krankheit  Unfall  Invalidität

Anzahl Konsultationen

**Adressdaten verordnende/r Ärztin/Arzt**

**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 Folge-erkrankungen 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 des Arztes/der Ärztin: Datum/Unterschrift Ernährungsberatung:

     ,            ,

(Stempel **mit ZSR-Nummer**) (Stempel **mit** **ZSR-Numme**r)

✂

**Informationen für die Ernährungsberatung**

Medikamente:

Aktuelle Laborwerte:

Genaue Diagnose:

Sprache PatientIn:

Bemerkungen:

Behandlungsbericht:

schriftlich  telefonisch