

VERORDNUNG ZUR ERNÄHRUNGSBERATUNG

(gem. Art. 9b KLV)

Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ/Ort

Telefon Privat

Arbeitgeber

Telefon Geschäft

Krankenversicherer

Versichertennummer

Krankheit Unfall Invalidität

Anzahl Konsultationen

Datum

Unterschrift

des Arztes:

(Stempel mit ZSR-Nummer)

----- ✂ -----

Adresse Ernährungsberatung

See-Spital

Ernährungsberatung

Asylstrasse 19

Postfach 280

8810 Horgen

Telefonnummer: 044 728 13 92

E-Mail: erb@see-spital.ch

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:

Adresse / ZSR-Nummer

Ernährungsberater/in:

Unterschrift:

(Stempel mit ZSR-Nummer)

Informationen für die Ernährungsberaterin

Medikamente:

Laborwerte:

Genauere Diagnose:

Bemerkungen:

Behandlungsbericht

schriftlich telefonisch