

VERORDNUNG ZUR ERNÄHRUNGSBERATUNG (gem. Art. 9b KLV)

Personalien Patient/Patientin

* Name: w

* Vorname: m

* KK-Kartennummer:

8	0	7	5	6															
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* = Minimal-/Pflichtfelder Personalien. Sonst weitere Angaben nötig:

Geburtsdatum

Strasse

PLZ/Ort

Telefon P

Telefon N

Krankheit Unfall Invalidität

Anzahl Konsultationen: _____ (max. 6 pro Verordnung)

Datum

Unterschrift/Stempel
Arztes/Ärztin

Frau
Beatrice Schilling und Team
ErnährungsberaterInnen SVDE
Merker-Areal, Bruggerstrasse 37 B
5400 Baden

Krankheit

- Stoffwechselkrankheiten
 Adipositas (BMI > 30 und Folgeerkrankung)
 Herzkreislauf-Erkrankung
 Nieren-Erkrankungen
 Fehl- und Mangelernährungszustände
 Krankheiten des Verdauungssystems
 Nahrungsmittel-Allergien

Datum

Unterschrift/Stempel Beatrice Schilling
Ernährungsberatung
Telefon 056 209 19 40
beatrice.schilling.ch@diets-hin.ch
EAN 760 100 3099485

Informationen für die Ernährungsberaterin

Genauere Diagnose(n): _____

Ernährungsbezogene Laborwerte: _____

Medikamente: _____

Spezielles, Bemerkungen: _____

1. Termin: bitte anbieten PatientIn meldet sich

Behandlungsbericht: schriftlich/HIN-Mail telefonisch nicht nötig