

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)

----- ✂ -----

Ernährungsberatung
 Esther Moor-Schneider
 Gesundheitszentrum Haus A
 Fröhlichstrasse 7
 5200 Brugg
 056 442 34 29

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 _____

Unterschrift der
 Ernährungsberaterin: _____
 (Stempel mit ZSR-Nummer)

Informationen für die Ernährungsberaterin

Medikamente: _____

Laborwerte: _____

Genaue Diagnose: _____

Bemerkungen: _____

Behandlungsbericht

schriftlich
 telefonisch