

# 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

## 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: \_\_\_\_\_

Genauere Diagnose: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Behandlungsbericht

schriftlich     telefonisch