

zurücksetzen

senden

## Anmeldung zur Ernährungsberatung

 stationär ambulant

### Personalien

### Auftraggeber

Name ..... Arzt

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Telefon ..... Datum / Unterschrift .....

Strasse, Nr. .... E-Mail .....

PLZ / Ort ..... PLZ / Ort .....

Krankenkasse .....

### Indikation (gem. Art. 9b KLV)

- Stoffwechselkrankheiten
- Adipositas (Body-mass-Index über 30 kg/m<sup>2</sup>) 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

### Rückmeldung

### Dringlichkeit der Konsultation

- mündlich
- schriftlich
- E-Mail
- dringend
- möglichst bald
- hat Zeit

### Informationen für die Ernährungsberatung (dieser Abschnitt bleibt bei der Ernährungsberatung)

Genauere Diagnose / Therapieziel

Medikamente

Relevante Laborwerte

Gewicht ..... Grösse ..... BMI ..... NRS .....

Sprache .....  deutsch .....  andere: .....