

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:

Ambulantes Therapiezentrum

der Rehaklinik Zihlschlacht

Wilenstrasse 8

8588 Zihlschlacht

Telefon: 071 424 31 70

Fax: 071 424 31 72

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)

(Stempel mit ZSR-Nummer)

----- ✂ -----

Informationen für die Ernährungsberaterin

Medikamente:

Laborwerte:

Genauere Diagnose:

Bemerkungen:

Behandlungsbericht

schriftlich telefonisch