

VERORDNUNG ZUR ERNÄHRUNGSBERATUNG

(gem. Art. 9b KLV)

Personalien PatientIn

Name
 Vorname m w
 Geburtsdatum
 Strasse
 PLZ/Ort
 Telefon Privat
 Arbeitgeber
 Telefon Geschäft
 Krankenversicherer
 Versichertennummer
 Krankheit Unfall Invalidität
 Anzahl Konsultationen

Adressdaten Ernährungsberatung

Krankheit

- Stoffwechselkrankheiten
- Adipositas Erwachsene (Body-Mass-Index über 30) und Folgeerkrankungen durch oder in Kombination mit Übergewicht
- Adipositas Kinder und Jugendliche (Body-Mass-Index > 97. Perzentile). Oder Body-Mass-Index > 90. Perzentile und Folgeerkrankungen durch oder in Kombination mit Übergewicht, nach Anhang 1 Kapitel 4 KLV
 - 1. Individualtherapie (max. 6 Beratungen innerhalb 6 Monaten)
 - 2. Multiprofessionelle strukturierte individuelle Therapie (MSIT)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Krankheiten des Verdauungssystems
- Nierenerkrankungen
- Fehl- sowie Mangelernährungszustände
- Nahrungsmittelallergien oder allergische Reaktionen auf Nahrungsbestandteile

Adressdaten verordnende/r Ärztin/Arzt

Datum/Unterschrift des Arztes/der Ärztin:

Datum/Unterschrift Ernährungsberatung:

(Stempel **mit ZSR-Nummer**)

X -----

(Stempel **mit ZSR-Nummer**)

Informationen für die Ernährungsberatung

Medikamente:

Aktuelle Laborwerte:

Genaue Diagnose:

Sprache PatientIn:

Bemerkungen:

Behandlungsbericht:

schriftlich telefonisch