**VERORDNUNG ZUR ERNÄHRUNGSBERATUNG**

(gem. Art. 9b KLV)

**Personalien PatientIn**

Name [Patient.Name]

Vorname [Patient.Vorname] ([Patient.Geschlecht])

Geburtsdatum [Patient.Geburtsdatum]

Strasse [Patient.Strasse]

PLZ/Ort [Patient.Plz] [Patient.Ort]

Telefon Privat / Mobil [Patient.Telefon1] / [Patient.Natel]

Arbeitgeber

Telefon Geschäft [Patient.Telefon2]

Krankenversicherer [Fall:-:-:Kostentraeger]

Versichertennummer

Krankheit  Unfall  Invalidität

Anzahl Konsultationen

**Adressdaten verordnende/r Ärztin/Arzt**

[Mandant.Titel] [Mandant.Vorname] [Mandant.Name]

[Mandant.Strasse], [Mandant.Plz] [Mandant.Ort]

[Mandant.Telefon1]

[Mandant.E-Mail]

**Adressdaten Ernährungsberatung**

[Adressat:mw:Herr/Frau]

[Adressat.Vorname] [Adressat.Name]

[Adressat.Strasse]

[Adressat.Plz] [Adressat.Ort]

**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 Folge-erkrankungen durch oder in Kombination   
mit Übergewicht, nach Anhang 1 Kapitel 4 KLV  
 1. Individualtherapie (max. 6 Beratungen  
 innert 6 Monaten)  
 2. Multiprofessionelle strukturierte   
 individuelle Therapie (MSIT)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Krankheiten des Verdauungssystems

Nierenerkrankungen

Fehl- sowie Mangelernährungszustände

Nahrungsmittelallergien oder allergische Reaktionen auf Nahrungsbestandteile

Datum/Unterschrift des Arztes/der Ärztin: Datum/Unterschrift Ernährungsberatung:

[Datum.heute],            ,

ZSR: [Mandant.KSK]

(Stempel **mit** **ZSR-Numme**r)

✂

**Informationen für die Ernährungsberatung**

Medikamente:

[Patient.Medikation]

[Patient.ReserveMedikation]

Aktuelle Laborwerte:

Genaue Diagnose:

Sprache PatientIn:

Bemerkungen:

Behandlungsbericht:

schriftlich  telefonisch