

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)

Felix Platter-Spital

 Ernährungsberatung

 Burgfelderstrasse 101

 Postfach

 4012 Basel

per Fax an die Ernährungsberatung: 061 326 42 44

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