**VERORDNUNG ZUR ERNÄHRUNGSBERATUNG**

(gem. Art. 9b KLV)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personalien PatientIn** | |  | **Adressdaten Ernährungsberatung** | | |
| Name |  |  | Oviva AG  L 228 131  oviva@hin.ch | | |
| Vorname |  |  |
|  | m  w |  |
| Geburtsdatum |  |  | **Krankheit** | | |
| Strasse |  |  |  | Stoffwechselkrankheiten | |
| PLZ/Ort |  |  |  | Adipositas Erwachsene (Body-Mass-Index über 30) und Folgeerkrankungen durch oder in Kombination mit Übergewicht | |
| Telefon Privat |  |  |
| Arbeitgeber |  |  |  | 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 | |
| Telefon Geschäft |  |  |
| Krankenversicherer |  |  |
| Versichertennummer |  |  |  |  | 1. Individualtherapie (max. 6 Beratungen innert 6 Monaten) |
| Krankheit  Unfall  Invalidität | |  |  |  | 2. Multiprofessionelle strukturierte individuelle Therapie (MSIT) |
| Anz. Konsultationen | max. 6 |  | ☐ | Herz-Kreislauf-Erkrankungen | |
| **Adressdaten verordnende/r Ärztin/Arzt** | |  |  | Krankheiten des Verdauungssystems | |
|  | |  |  | Nierenerkrankungen | |
|  |  | Fehl- sowie Mangelernährungszustände | |
|  |  | Nahrungsmittelallergien oder allergische Reaktionen auf Nahrungsbestandteile | |
|  | |  |  | | |
| Datum/Unterschrift des Arztes/der Ärztin: | |  | Datum/Unterschrift Ernährungsberatung: | | |
|  | |  |  | | |
| (Stempel **mit ZSR-Nummer**) | |  | (Stempel **mit ZSR-Nummer**) | | |

✂

|  |  |
| --- | --- |
| Informationen für die Ernährungsberatung | |
| Medikamente |  |
| Aktuelle Laborwerte |  |
| Genaue Diagnose |  |
| Sprache PatientIn |  |
| Bemerkungen |  |
| Behandlungsbericht | schriftlich  telefonisch |