**VERORDNUNG ZUR ERNÄHRUNGSBERATUNG**

(gem. Art. 9b KLV)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personalien PatientIn** |  | **Adressdaten Ernährungsberatung** |
| Name |       |  | Oviva AGL 228 131oviva@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 |  |  |[x]  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 |