**VERORDNUNG ZUR ERNÄHRUNGSBERATUNG**

(gem. Art. 9b KLV)

**Personalien PatientIn**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ/Ort

Telefon Privat

Arbeitgeber

Telefon Geschäft

Krankenversicherer

Versichertennummer

Krankheit  Unfall  Invalidität

Anzahl Konsultationen

**Adressdaten verordnende/r Ärztin/Arzt**

ZSR-Nr.:

**Adressdaten Ernährungsberatung**

Praxis für Ernährungsberatung

Manuela Zürcher

Denzlerstrasse 7

3005 Bern

ZSR-Nr.: A594402

Anmeldung: 079 361 54 86

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

……………………………………………………… …………………………………………………….....

(Stempel mit ZSR-Nummer) (Stempel mit ZSR-Nummer)

✂

**Informationen für die Ernährungsberatung**

Medikamente:

Laborwerte:

Genaue Diagnose:

Bemerkungen:

Behandlungsbericht

schriftlich  telefonisch