**VERORDNUNG ZUR ERNÄHRUNGSBERATUNG FÜR**

**AMBULANTE BEHANDLUNGEN IM SPITAL**

(gem. Art. 9b KLV | gem. Tarif ambulante Leistungen der Ernährungsberatung H+)

**Personalien PatientIn**

[ ]  m [ ]  w

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ/Ort

Telefon Privat

Arbeitgeber

Telefon Geschäft

Krankenversicherer

Vers.nr. / AHV-Nr.

[ ]  Krankheit [ ]  Unfall [ ]  Invalidität

Anzahl Konsultationen

[ ]  Beratung mit erhöhtem Aufwand

[ ]  Im Bedarfsfall dürfen zwei Konsultationen pro Tag stattfinden

**Adressdaten verordnende/r Ärztin/Arzt**

**Adressdaten Ernährungsberatung**

**Krankheit**

[ ]  Stoffwechselkrankheiten

[ ]  Adipositas (Body-Mass-Index ≥ 30 kg/m2)

[ ]  Übergewicht (Body-Mass-Index ≥ 25 kg/m2), das mit einer Folgeerkrankung verbunden ist, die durch die Gewichtsreduktion günstig beeinflusst werden kann

[ ]  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:

     ,           ,

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

Es gelten die jeweiligen Datenschutzbedingungen der Vertragspartner.

 ✂

**Informationen für die Ernährungsberatung**

Medikamente:

Aktuelle Laborwerte:

Genaue Diagnose:

Sprache PatientIn:

Bemerkungen:

Behandlungsbericht:

[ ]  schriftlich [ ]  telefonisch