

Verordnung einer Ernährungsberatung

Krankenkasse:	Kassen Nr.:
Name, Vorname:	geb. am:
Wohnort:	PLZ:
Straße:	VK gültig bis:
Versicherten-Nr.:	

Diagnose:

Ernährungsberatung wird empfohlen:

Stempel/Unterschrift

Ärztin/Arzt

Indikationskatalog für eine diätetische Ernährung/Ernährungsumstellung

<input type="checkbox"/> Adipositas	<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Magen
<input type="checkbox"/> Cholesterin	<input type="checkbox"/> Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> Galle
<input type="checkbox"/> Pankreaserkrankungen	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien	<input type="checkbox"/> Leber
<input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht	<input type="checkbox"/> Arteriosklerose/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Niere
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>

Befunde:

Blutdruckwerte:	Cholesterin:
Blutzucker:	Kreatinin:
Harnsäure:	Triglyceride:

Medikation: