

**VERORDNUNG ZUR ERNÄHRUNGSBERATUNG (gem. Art. 9b KLV)**

**Personalien Patientin/Patient**

Name  
Vorname  
Geburtsdatum  
Strasse  
PLZ / Ort  
Telefon privat  
Arbeitgeber  
Telefon Geschäft  
Krankenkasse  
Versicherten-Nr.

Krankheit                       Unfall                       Invalidität

**Krankheit**

- Stoffwechselkrankheiten
- Adipositas (BMI > 30 kg m<sup>2</sup>) und Folgeerkrankungen durch das Übergewicht
- Herz – Kreislauf – Erkrankungen
- Krankheiten der Verdauungsorgane
- Fehl- oder Mangelernährungszustände

**Anzahl Konsultationen**

.....

**Stempel mit ZSR-Nummer und Unterschrift verordnende/r Ärztin/Arzt**

Medizin-Stollturm  
Sibylle Schnider Stahl  
Diplomierte Ernährungsberaterin HF SVDE  
ZSR-Nummer: A117313

.....  
Datum/Unterschrift des Arztes/der Ärztin

.....  
Datum/Unterschrift der Ernährungsberaterin



**Informationen für die Ernährungsberaterin**

Wichtigste Diagnosen .....

Medikamente .....

Laborwerte .....

Bemerkungen .....

Grösse .....                      Gewicht .....                      BMI: .....