

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-Nummer)

Es gelten die jeweiligen Datenschutzbedingungen der Vertragspartner.

----- ✂ -----

Informationen für die Ernährungsberatung

Medikamente:

Aktuelle Laborwerte:

Genaue Diagnose:

Sprache PatientIn:

Bemerkungen:

Behandlungsbericht:

☐ schriftlich ☐ telefonisch