

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

### Personalien Patient/Patientin

\* **Name:**  w

\* **Vorname:**  m

\* **KK-Kartennummer:**

8	0	7	5	6															
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\* = Minimal-/Pflichtfelder Personalien. Sonst weitere Angaben nötig:

Geburtsdatum

Strasse

PLZ/Ort

Telefon P

Telefon N

Krankheit   
  Unfall   
  Invalidität

Anzahl Konsultationen: \_\_\_\_\_ (max. 6 pro Verordnung)

Datum

Unterschrift/Stempel  
Arztes/Ärztin

Frau  
 Beatrice Schilling und Team  
 ErnährungsberaterInnen SVDE  
 Merker-Areal, Bruggerstrasse 37 B  
 5400 Baden

In C5-Couverts (Fenster rechts) abschicken oder  
per HIN-Mail übermitteln: [beatrice.schilling@diets-hin.ch](mailto:beatrice.schilling@diets-hin.ch)

### Krankheit

- Stoffwechselkrankheiten
- Adipositas BMI > 30 und Folgeerkrankung
- Herzkreislauf-Erkrankung
- Nieren-Erkrankungen
- Fehl- und Mangelernährungszustände
- Krankheiten des Verdauungssystems
- Nahrungsmittel-Allergien

Datum

Unterschrift/Stempel  
 Ernährungsberatung   
 Beatrice Schilling  
 Telefon 056 209 19 40  
[info@beatrice-schilling.ch](mailto:info@beatrice-schilling.ch)  
 EAN 760 100 3099485

### Informationen für die Ernährungsberaterin

Genauere Diagnose(n): \_\_\_\_\_

Ernährungsbezogene Laborwerte: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Spezielles, Bemerkungen: \_\_\_\_\_

1. Termin:  bitte aufbieten     PatientIn meldet sich

Behandlungsbericht:  schriftlich/HIN-Mail     telefonisch     nicht nötig

Ich bestelle \_\_\_\_\_ leere Verordnungsformulare. (können auch auf [www.beatrice-schilling.ch](http://www.beatrice-schilling.ch) ausgedruckt werden)