

VERORDNUNG ZUR ERNÄHRUNGSBERATUNG

(gem. Art. 9b KLV)

Personalien Patient/in

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon Privat _____

Arbeitgeber _____

Telefon Geschäft _____

Krankenversicherer _____

Versichertennummer _____

Krankheit Unfall Invalidität

Anzahl Konsultationen _____ (max. 6 pro Verordnung)

Datum _____

Unterschrift
des Arztes/der Ärztin: _____

----- ✂ -----

Frau Beatrice Schilling
Dipl. Ernährungsberaterin FH
Merker-Areal, Bruggerstrasse 37,
Trakt B, 1. Stock
5400 Baden

In C 5 Couvert (Fenster rechts) stecken und abschicken oder
elektronische Zuweisung via HIN: beatrice.schilling@diets-hin.ch

Krankheit

- Stoffwechselkrankheiten
- Adipositas (Body-mass-Index über 30) und Folgeerkrankungen durch das Übergewicht oder in Kombination mit dem Übergewicht
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Krankheiten des Verdauungssystems
- Nierenerkrankungen
- Fehl- sowie Mangelernährungszustände
- Nahrungsmittelallergien oder allergische Reaktionen auf Nahrungsbestandteile

Datum _____

Unterschrift der
Ernährungs-
beraterin: Beatrice Schilling
Telefon 056 209 19 40
info@beatrice-schilling.ch
EAN: 7601003099485

Informationen für die Ernährungsberaterin

Genauere Diagnose(n): _____

Laborwerte/ _____

Medikamente: _____

Bemerkungen/ _____

Spezielles: _____

HIN-gesicherte elektronische Zuweisung: beatrice.schilling@diets-hin.ch

1. Termin: bitte Patient/in aufbieten Patient/in meldet sich für Termin
- Behandlungsbericht: schriftlich telefonisch nicht nötig

Ich bestelle _____ leere Verordnungs-Formulare. Können auch auf www.beatrice-schilling.ch ausgedruckt werden.