santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer
Les assureurs-maladie suisses
Gli assicuratori malattia svizzeri

SVDE ASDD
Schweizerischer Verband dipl. Ernährungsberaterinnen
Association Suisse des Diététiciens/iennes diplômé(e)s
Associazione Svizzera Dietiste/i diplomate(i)

FMH
Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Fédération des médecins suisses
Federazione dei medici svizzeri
Swiss Medical Association

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

Personalien Patient/Patientin

*** Name:** ☐ **w**

*** Vorname:** ☐ **m**

*** KK-Kartennummer:**

8	0	7	5	6															

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

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

Per HIN-Mail übermitteln: **nutribaden@hin.ch** oder in C5-Couverts (Fenster rechts) abschicken.

Geburtsdatum

Strasse

PLZ/Ort

Telefon P

Telefon N

☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Invalidität

Anzahl Konsultationen: _____ (max. 6 pro Verordnung)

Datum

Unterschrift/Stempel
Arztes/Ärztin

Krankheit

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

Datum

Unterschrift/Stempel Beatrice Schilling
Ernährungsberatung
Telefon 056 209 19 40 nutribaden@hin.ch
beatrice.schilling.ch@diets-hin.ch
EAN 760 100 3099485

Informationen für die Ernährungsberaterin

Genaue 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 ausgedruckt werden)