Kantonsspital Baselland

Printer

Zurücksetzen | Senden

Anmeldung zur Ernährungsberatung

☐ stationär ☐ ambulant

Personalien

Name ..... Arzt

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Telefon ..... Datum / Unterschrift .....

Strasse, Nr. ..... E-Mail .....

PLZ / Ort ..... PLZ / Ort .....

Krankenkasse .....

Auftraggeber

Indikation (gem. Art. 9b KLV)

☐ Stoffwechselkrankheiten

☐ Adipositas (Body-mass-Index über 30 kg/m²) 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

Rückmeldung

☐ mündlich ☐ schriftlich ☐ E-Mail

Dringlichkeit der Konsultation

☐ dringend ☐ möglichst bald ☐ hat Zeit

Informationen für die Ernährungsberatung (dieser Abschnitt bleibt bei der Ernährungsberatung)

Genaue Diagnose / Therapieziel

Medikamente

Relevante Laborwerte

Gewicht | Grösse | BMI | NRS

Sprache ☐ deutsch ☐ andere: