*Wir bieten den Patienten direkt auf. Falls bereits ein Termin feststeht, kann die Anmeldung mitgegeben werden.*

|  |
| --- |
| **Verordnung ambulante Ernährungsberatung**  Arzt, Stempel und Unterschrift: Datum: |

**Patient**

Name, Vorname:       Geburtsdatum:

Strasse:       Zivilstand:

PLZ, Ort:       Beruf:

Tel. P:       Tel. Mobil:

Krankenkasse:

Grösse:       Gewicht:       BMI:

**Diagnosen:**

Medikation:

***Gewünschte Ernährungstherapie:***

Krankheiten des Verdauungssystems  Nahrungsmittelallergien

Adipositas(BMI >30) und Folgeerkrankungen durch das Übergewicht / in Kombination mit dem Übergewicht

Diabetes mellitus Typ 2  Diabetes mellitus Typ 1  Stoffwechselkrankheiten

Herz-Kreislauf-Erkrankung  Nierenerkrankungen

Fehl- sowie Mangelernährungszustände  Essstörungen  Andere

***H2-Atemteste zur Funktionsdiagnostik*** **inkl. Beratung** (in Zusammenarbeit mit den Gastroenterologen)

Laktoseintoleranz  Fruktosemalabsorption

**Wichtige Befunde und Laborwerte**

**Bemerkungen:**

**Rückmeldung** erwünscht:  **Ja**  schriftlich  telefonisch  **Nein**

**Heimberatung** erwünscht

Beratung Onko-Netz Thun