*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 [ ]