


Zuweisung für medizinische Ernährungsberatung

<p>Zuweisung an</p>  <p>Bauchverstand Diätologin Tanja Kirchner</p> <p>Veltlinerstraße 4 2353 Guntramsdorf</p> <p>0667 / 625 665 76 tanja@bauchverstand.eu www.bauchverstand.eu</p>	<p>Zuweisender Arzt/Ärztin</p>
--	--------------------------------

PatientIn

<p>Vorname und Nachname:</p>	<p>Geburtsdatum:</p>				
<p>Diagnosen / Befund:</p>	<p>Medikamente:</p>				
<p>Ernährungsberatung / Ernährungstherapie bei:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Übergewicht / Adipositas <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes <input type="checkbox"/> Metabolisches Syndrom <input type="checkbox"/> NAFLD / Leberfatten <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung <input type="checkbox"/> Hyperurikämie <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Allergien / Unverträglichkeiten: _____ _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> PCO <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankung _____ _____ </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Gastrointestinale Erkrankung _____ _____ </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> CNI <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> Mangelernährung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ _____ </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Übergewicht / Adipositas <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes <input type="checkbox"/> Metabolisches Syndrom <input type="checkbox"/> NAFLD / Leberfatten <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung <input type="checkbox"/> Hyperurikämie <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Allergien / Unverträglichkeiten: _____ _____	<input type="checkbox"/> PCO <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankung _____ _____	<input type="checkbox"/> Gastrointestinale Erkrankung _____ _____	<input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> CNI <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> Mangelernährung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ _____
<input type="checkbox"/> Übergewicht / Adipositas <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes <input type="checkbox"/> Metabolisches Syndrom <input type="checkbox"/> NAFLD / Leberfatten <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung <input type="checkbox"/> Hyperurikämie <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Allergien / Unverträglichkeiten: _____ _____	<input type="checkbox"/> PCO <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankung _____ _____				
<input type="checkbox"/> Gastrointestinale Erkrankung _____ _____	<input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> CNI <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> Mangelernährung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ _____				

Bitte relevante Befunde, Laborwerte, Austestungsergebnisse und andere wichtige Dokumente mitgeben.

Datum

Unterschrift und Stempel