|  |
| --- |
| **Anmeldung zur ambulanten Ernährungsberatung**  Arzt, Stempel und Unterschrift: Datum:  Beratung in Zweisimmen (Mittwoch) |

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

**Patient**

Name, Vorname:       Geburtsdatum:

Strasse:       Zivilstand:

PLZ, Ort:       Beruf:

Tel. P:       Tel. M:

Krankenkasse:

Grösse:       Gewicht:      BMI:

**Diagnosen:**

Medikation:

***Gewünschte Ernährungstherapie:***

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

Adipositas bei Kindern/Jugendlichen (BMI- Perzentile >97)

Gruppenprogramm Adipositas (1-2 Gruppentarife/Sitzung, bei Bedarf)

Diabetes mellitus Typ 2  Diabetes mellitus Typ 1  Gestationsdiabetes

Herz-Kreislauf-Erkrankung  Krankheiten des Verdauungssystems  Stoffwechselkrankheiten

Essstörungen  Fehl- sowie Mangelernährungszustände  Andere

Nahrungsmittelallergien  Nierenerkrankungen

***H2-Atemteste zur Funktionsdiagnostik*** **inkl. Beratung** (in Zusammenarbeit mit der Gastroenterologie)

Laktoseintoleranz  Fruktosemalabsorption

**Wichtige Befunde und Laborwerte** z.B.: Blutzucker, HbA1c, Gesamtcholesterin, HDL, LDL, Triglyceride

**Bemerkungen:**

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