|  |
| --- |
| **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**