

Stempel, Datum und Unterschrift des Arztes:

Verordnung für Diät- und Ernährungsberatung

Patientendaten:

Indikation:

- Diabetes mellitus
- Adipositas/ Übergewicht
- Fettstoffwechselstörung
- Hyperurikämie/Gicht
- Mangelernährung/ Untergewicht
- Essstörung
- Hypertonie
- Nahrungsmittelintoleranz: (O) Laktose, (O) Fruktose, (O) Sorbit
- Nahrungsmittelallergien : _____
- Erkrankungen des Verdauungstraktes: genaue Bezeichnung: _____
- Nierenerkrankung
- Sonstiges: _____

Befunde:

Gewicht _____ kg, Größe _____ cm, BMI _____

Nüchtern BZ _____ , Hb A1c _____

Ges.-Chol. _____ , LDL _____ , HDL _____ , Trigl. _____

Sonstiges: _____