

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: \_\_\_\_\_