



MERIAN ISELIN

Klinik für Orthopädie
und Chirurgie

Überweisung und Anmeldung zur Ernährungsberatung

KURS BASEL: Januar / August

Behandlungsprogramm bei Adipositas mit den Schwerpunkten Ernährungsverhalten- und Lebensstiländerung zur langfristigen Gewichtsreduktion

Name, Vorname: _____ Geb.dat: _____

Strasse: _____ Krankenkasse: _____

PLZ, Ort: _____ AHV-Nr.: _____

Telefon: P / N: _____ G: _____ Beruf: _____

Diagnose: Adipositas (BMI > 30) und Folgeerkrankungen* durch das Übergewicht oder in Kombination mit Übergewicht
Folgeerkrankung durch/in Kombination mit Übergewicht: (bitte ausfüllen) _____

*diese Diagnose wird von den Krankenkassen als Pflichtleistung anerkannt (Art. 9b KLV)

Krankheit erste Verordnung für 6 Konsultationen zweite Verordnung für 6 Konsultationen weitere Verordnung für 6 Konsultationen

Nebendiagnosen / Bemerkungen / Medikamente / Laborwerte :

(bitte geben Sie zu den oben erwähnten Diagnosen die relevanten Laborwerte an):

BZ nü/pp.: _____ Chol.: _____ Div. Werte: _____ Gewicht: _____

Hba1C: _____ HDL: _____ Grösse: _____

Quot.: _____ BMI: _____

Berichterstattung an den überweisenden Arzt:

Anruf vor der ersten Beratung Zwischenbericht Endbericht keine Berichterstattung

telefonisch schriftlich

Behandelnder Arzt:

Absender des behandelnden Arztes (Stempel) und Unterschrift

KursteilnehmerIn:

Ich habe die Kursbedingungen zur Kenntnis genommen und melde mich für den BASEL-Kurs an.

Start Januar

Start August

Dienstag 17.30-19.00Uhr

Dienstag 17.30-19.00Uhr

Mittwoch 11.30-13.00Uhr

Mittwoch 11.30-13.00Uhr

Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____