MERIAN ISELIN
Klinik für Orthopädie und Chirurgie

Überweisung und Anmeldung zur Ernährungsberatung

KURS BASEL: Februar / August

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

Name, Vorname:_____ **Geb.dat:**_____

Strasse:_____ **Krankenkasse:**_____

PLZ, Ort:_____ **Nr.:**_____

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

Diagnose:_____
diese Diagnose wird von den Krankenkassen als Pflichtleistung anerkannt (Art. 9b KLV)
☒ Adipositas (BMI > 30) und Folgeerkrankungen durch das Übergewicht oder in Kombination mit Übergewicht
Folgeerkrankung durch/in Kombination mit Übergewicht: (bitte ausfüllen!)_____

Verordnung:
Soll die Beratung nach 12 Konsultationen zu Lasten der Krankenkasse (KK) fortgesetzt werden, muss der behandelnde Arzt einen begründeten Vorschlag an den Vertrauensarzt der entsprechenden KK richten.

☒ 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 ☐ telefonisch ☐ Endbericht ☐ schriftlich ☐ keine Berichterstattung

---

Behandelnder Arzt:
Absender des behandelnden Arztes *(Stempel)*

Datum:_____

Unterschrift:_____

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

☐ **Start Februar** ☐ **Start August**

☐ **Dienstag 17.30-19.00Uhr** ☐ **Dienstag 17.30-19.00Uhr**
☐ **Mittwoch 11.30-13.00Uhr** ☐ **Mittwoch 11.30-13.00Uhr**

Datum:_____

Unterschrift:_____

Föhrenstrasse 2
CH-4009 Basel
T +41 61 305 11 11
F +41 61 305 18 66
info@merianiselin.ch
www.merianiselin.ch

swiss olympic MEDICAL CENTER