



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 zweite Verordnung für 6 weitere Verordnung für
Konsultationen Konsultationen 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: Anruf vor der ersten Zwischenbericht Endbericht keine
(an den überweisenden Arzt) Beratung telefonisch schriftlich
Berichterstattung

Behandelnder Arzt:

Absender des behandelnden Arztes (Stempel)

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: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____