

**Ernährungsberatung****3400 Burgdorf**

Telefon 034 421 29 83

Telefax 034 421 29 98

Regionalspital Emmental  
Ernährungsberatung  
Oberburgstrasse 54  
3400 Burgdorf**Anmeldeformular zur ambulanten Ernährungsberatung**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Zuweisungsgrund und Diagnose: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ Grösse: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

Labor (BZ, Lipide etc.): \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Ernährungsberatung bei:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht oder Adipositas       | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht   |
| <input type="checkbox"/> insulinpflichtiger Diabetes       | <input type="checkbox"/> Gruppenkurs: <input type="checkbox"/> Herzrehabilitation<br><input type="checkbox"/> pulmonale Rehabilitation |
| <input type="checkbox"/> nicht insulinpflichtiger Diabetes | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien oder allergische<br>Reaktionen auf Nahrungsmittelbestandteile                         |
| <input type="checkbox"/> Dyslipidämie (bitte Labor)        | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen  |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Verdauungssystems | <input type="checkbox"/> Anderes:  |
| <input type="checkbox"/> Fehl- und Mangelernährung         |  |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen       |  |

**\* Interne Überweisung zur Diabetesberatung:**

- ja                       nach Bedarf                       nach Absprache                       nein

**Interne Überweisung zur Bewegungsgruppe (Diabetes und Adipositas) durch Physiotherapie:**

- ja                       nach Bedarf                       nach Absprache                       Nein

**Behandlungsbericht Ernährungsberatung:**     telefonisch     schriftlich     nicht erwünscht

Stempel und Unterschrift Arzt / Ärztin: