

PREScription DIÉTÉTIQUE

(selon l'art 9b OPAS))

Données personnelles

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

NPA/Lie

Tél. Privé

Employeur

Tél. Prof.

Assureur maladie

N° d'assuré(e)

Maladie Accident Invalidité

Nombre de consultations

Date _____

Signature
Du médecin: _____
(timbre avec N°rcc.)

----- ✂ -----

Maladie

- troubles du métabolisme
- obésité (30 au-dessus du Body mass index) ainsi que les affections qui découlent de la surcharge pondérale ou qui y sont associées
- maladies cardio-casculaires
- maladies du système digestif
- maladies des reins
- états de malnutrition ou de dénutrition
- allergies alimentaires ou réactions allergiques dues à l'alimentation

Date _____

Signature de la
diététicienne: _____
(timbre avec N° rcc.)

A l'attention de la diététicienne

Médicaments:

Résultats d'analyse:

Diagnostic précis:

Remarques:

Rapport concernant le déroulement de la consultation

par écrit par téléphone