

## Anmeldeformular Ernährungsberatung

<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
Zivilstand	
<b>Strasse, Nr.</b>	
<b>Postleizahl, Ort</b>	
<b>Sprache</b>	
<b>Vermittlung/Empfehlung</b> (Wie oder durch wen haben Sie von uns erfahren?)	
Beruf + Pensum (%)	
<b>Hausarzt/ Zuweisender Arzt</b>	
Telefonnummer Home	
<b>Telefonnummer Mobile</b>	
<b>Krankenkasse KVG</b>	
Zusatzversicherung VVG	
<b>Police Nr.</b>	
<b>AHV-Nr.</b>	
<b>Blutgruppe (A, B, AB, 0)</b>	
<b>Gewicht (kg)</b>	
<b>Grösse (m)</b>	

<b>Diagnose + Nebendiagnosen</b>	
<b>Wunsch/Anliegen an die Ernährungsberatung</b>	
<b>Bereits getroffene Massnahmen/Therapien</b>	
<b>Aktuelle Medikamente</b>	
<b>Aktuelle Nahrungsergänzungen</b>	
<b>Ernährungsform</b>	<input type="checkbox"/> Mischkost <input type="checkbox"/> Vegetarisch <input type="checkbox"/> Vegan <input type="checkbox"/> Andere:
<b>Allergien/Unverträglichkeiten</b>	
<b>Sport (Art und Menge pro Woche)</b>	
<b>Raucher/in</b>	<input type="checkbox"/> Ja (wenn ja wie viele pro Tag) <input type="checkbox"/> Nein
<b>Kinder</b>	
<b>Bekannte familiäre Krankheiten</b>	