

PRESCRIPTION DIÉTÉTIQUE (selon l'art 9b OPAS)

Données personnelles

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

NPA/Lieu _____

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-vasculaires
- 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