

PRESCRIPTION DIETETIQUE

(Selon l'art. 9b OPAS)

Données personnelles

Nom: _____

Date de naissance: _____

Rue: _____

Tél. privé: _____

Tél. prof.: _____

NPA / localité: _____

N° d'assuré: _____

Caisse maladie: _____

N° de la carte: _____

Maladie

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Troubles du métabolisme | <input type="checkbox"/> Maladies des reins |
| <input type="checkbox"/> Obésité (30 au-dessus du BMI) ainsi que les affections qui découlent de la surcharge pondérale ou qui y sont associées | <input type="checkbox"/> Etats de malnutrition ou de dénutrition |
| <input type="checkbox"/> Maladies cardio-vasculaires | <input type="checkbox"/> Allergies alimentaires ou réactions allergiques dues à l'alimentation |
| <input type="checkbox"/> Maladies du système digestif | |

Date:

Date:

Signature du médecin:
(timbre avec N° RCC.)

Signature de la diététicienne
(timbre de l'infirmière avec N° RCC.)

A l'attention de la diététicienne

Médicaments: _____

Résultats d'analyse: _____

Diagnostic précis: _____

Remarques: _____
