



Beiblatt Arztzeugnis Diät zur ZL-Anmeldung oder periodischen Überprüfung von:

Name/Vorname:

Adresse:

AHV-Nr.:

Die unterzeichnende Ärztin, der unterzeichnende Arzt bestätigt, dass die oben genannte Person eine Diät einhalten muss.

Grund / Diagnose:

- Zöliakie / Sprue (Getreideunverträglichkeit)
- Peritonealdialyse (Bauchfelldialyse)
- Andere Diät / Diagnose:

.....
.....

Welche Auswirkungen hätte das Nichteinhalten der Diät?

.....
.....

Entstehen wegen der Diät Mehrkosten?

- ja nein

Wenn ja, in welcher Form und in welchem Umfang?

.....
.....

Bemerkungen

.....
.....

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift der behandelnden Ärztin,
des behandelnden Arztes:

.....