

## 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