

Überweisung zu einer kostenfreien Ernährungsberatung/Ernährungstherapie
im Rahmen des steirischen Programmes GEMEINSAM G'SUND GENIESSSEN - daheim und unterwegs.



Patientin/Patient - Name (Vorname und Familienname): Patientin/Patient - Versicherungsnummer: <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td>Tag</td> <td colspan="2"></td> <td>Monat</td> <td colspan="2"></td> <td></td> <td colspan="2">Jahr</td> </tr> </table> Patientin/Patient - Anschrift (PLZ, Ort): 																															Tag			Monat				Jahr		Ernährungsberatung erbeten bei: (Indikationen in alphabetischer Reihenfolge, bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. einfügen!) ☐ Adipositas & Übergewicht ☐ Diabetes mellitus ☐ Erkrankungen/Beschwerden des Gastrointestinaltrakts ☐ Essstörung ☐ Fettstoffwechselstörung ☐ Gicht & Hyperurikämie ☐ Hypertonie ☐ Mangelzustand (z.B. Eisen-, Folsäure-, Selenmangel, ...) ☐ Nahrungsmittelallergie/-intoleranz (z.B. Gluten, Lactose, Fructose, ...) ☐ Nephrologische Erkrankung ☐ Onkologische Erkrankung ☐ Osteoporose ☐ Rheumatische Erkrankung ☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Untergewicht/Mangelernährung ☐ Sonstiges: Nähere Beschreibung der Zuweisungsdiagnose:
				Tag			Monat				Jahr																													
Überweisung an Diätologin/Diätologen für eine kostenfreie Ernährungsberatung/Ernährungstherapie Der Patient/die Patientin bestätigt mir gegenüber, dass private Dienstleistungen im Bereich der Ernährungsberatung für ihn/sie nicht bzw. schwer leistbar sind und wird daher zur kostenfreien Ernährungsberatung/-therapie überwiesen. ☐ trifft zu ☐ trifft nicht zu																																								
Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes 																																								

GEMEINSAM G'SUND GENIESSSEN Beratungsstellen für Ernährungsberatung/Ernährungstherapie
(steiermarkweites Angebot – ausgenommen Graz)

Bezirk	Diätologin/Diätologe	Kontakt für eine Terminvereinbarung
Bruck-Mürzzuschlag	David Niederberger	Telefon: 0664 947 49 93
Deutschlandsberg	Christina Hashold	Telefon: 0660 385 45 97
Graz-Umgebung	Brigitte Schinnerl	Telefon: 0699 10 99 94 44
Hartberg-Fürstenfeld	Judith Scherf	Telefon: 0664 62 60 870
Leibnitz	Viktoria Woy Eva Maria Polz	Telefon: 0677 646 003 20 Telefon: 0677 634 060 63
Leoben	Elisabeth Zöchling	Telefon: 0664 117 42 46
Liezen	Isabella Forstner Andrea Kosellek	Telefon: 0664 393 83 24 Telefon: 0664 866 97 35
Murau	Birgit Kogler	Telefon: 0664 244 88 43
Murtal	Carina Palm	Telefon: 0664 163 40 36
Südoststeiermark	Maria Tropper	Telefon: 0664 649 09 31
Voitsberg	Katrin Sattler	Telefon: 0660 77 327 59
Weiz	Marlies Hofer	Telefon: 0670 19 33 356

Hinweis zu Terminvereinbarungen/Terminabsagen

Die Diätologinnen und Diätologen des Programmes nehmen sich für Sie Zeit und vereinbaren entsprechende Termine. Wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie deshalb, **mindestens 48 Stunden vorher** abzusagen. Andernfalls kann Ihnen das Service einer kostenlosen Ernährungsberatung nicht mehr angeboten werden.

Mehr zum Programm erfahren Sie unter: www.fh-joanneum.at/ernaehrungsberatung