

POTRDILO O MEDICINSKO INDICIRANI DIETI ZA OTROKA

IME IN PRIIMEK OTROKA: _____

Datum rojstva: _____

IME IN PRIIMEK ZDRAVNIKA, ki izda potrdilo: _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA in PODROČJE DELA: _____

NAVEDBA DIETE (obkrožiti v katalogu diet): _____

TRAJANJE DIETE (obkrožiti):

1) TRAJNA

2) ZAČASNA (potrdilo je treba obnavljati vsaj enkrat letno)

3) DO PREGLEDA PRI SPECIALISTU PEDIATRU, USMERJENEM V PODROČJE (potrdilo velja največ 6 mesecev)

IZDANA PISNA NAVODILA ZA IZVAJANJE DIETE (pri zdravniku ali kliničnem dietetiku):

Obkrožiti: DA NE

Datum izdaje potrdila: _____

_____ (podpis in žig zdravnika)

KATALOG MEDICINSKO INDICIRANIH DIET:

1. ALERGIJSKA DIETA BREZ KRAVJEGA MLEKA

2. ALERGIJSKA DIETA BREZ JAJC

3. ALERGIJSKA DIETA BREZ PŠENICE

4. ALERGIJSKA DIETA BREZ ARAŠIDOV

5. ALERGIJSKA DIETA BREZ DREVESNIH OREŠČKOV

6. ALERGIJSKA DIETA INDIVIDUALNA: _____

7. BREZGLUTENSKA DIETA

8. DIETA PRI LAKTOZNI INTOLERANCI

9. DIETA PRI FRUKTOZNI INTOLERANCI

10. SLADKORNA DIETA – ŠTETJE OH (zdravljenje z inzulinsko črpalko ali FIT terapija)

11. DIETA PRI MOTNJAH PRESNOVE: _____

12. DIETA PRI DRUGIH KRONIČNIH BOLEZNIH: _____