

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)