

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: _____

POTRDILO O UKINITVI MEDICINSKO INDICIRANE DIETE ZA OTROKA

IME IN PRIIMEK OTROKA: _____

Datum rojstva: _____

IME IN PRIIMEK ZDRAVNIKA, ki izda potrdilo: _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA in PODROČJE DELA: _____

UKINITEV DIETE: _____

Datum izdaje potrdila: _____

_____ (podpis in žig zdravnika)