

## 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 SPECIAL/STU 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: