

# 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: \_\_\_\_\_