

Remiss till dietist

Datum för remissbeslut:  
Remitterande kommun (adress):

Remitterande sjuksköterska:

Telefonnummer:

Skickas till dietistmottagning:

Hallands sjukhus Halmstad  
*(Halmstad, Hylte Laholm)*

Hallands sjukhus Varberg  
*(Falkenberg, Varberg)*

Hallands sjukhus Kungsbacka

Patientens namn:

Personnummer:

Eventuellt särskilt boende:

Nutritionsproblem/frågeställning:

Längd (cm):

Vikt (kg och datum):

BMI:

Eventuell viktförändring:

kg på

månader

Fysisk aktivitetsnivå (uppegående, sängliggande):

Diagnos/sjukdomshistoria:

Övrigt, ex läkemedel, specialkost/allergi/överkänslighet: