

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