

Szakorvosi igazolás sablon a diétás étkezés igényléséhez						
Diétás étkezést igénylő személy neve						
Születési helye, ideje						
TAJ-száma						
Szülő, gondviselő neve						
Telefonszáma						
E-mail címe						
Szakorvosi javaslat						
Szakorvos neve						
Szakorvos pecsétszáma						
Szakorvos működési nyilvántartási száma						
Szakorvosi licence időszak vége						
Szakorvos elérhetősége		Telefonszáma		E-mail címe		
Szakorvos típusa						<i>X-el jelölje</i>
Endokrinológia és anyagcsere-betegségek ráépített szakképesítéssel rendelkező szakorvos						
Gasztroenterológia alap szakképesítéssel rendelkező szakorvos						
Diabetológiai licenccel rendelkező szakorvos						
Allergológia és klinikai immunológia ráépített szakképesítéssel rendelkező szakorvos						
Nefrológia alap szakképesítéssel rendelkező szakorvos						
Gyermek gasztroenterológia ráépített szakképesítéssel rendelkező szakorvos						
Neurológia alap szakképesítéssel rendelkező szakorvos						
Gyermek-neurológia ráépített szakképesítéssel rendelkező szakorvos						
Diétás étkeztetési igényt alátámasztó BNO-kód						
Kérjük jelölje a diéta típusát, típusait						<i>X-el jelölje</i>
Glutént tartalmazó gabonaféle-mentes						
Tejfehérjementes						
Tejcukormentes						
Tojás- és a belőle készült termék-mentes						
Szójabab- és a belőle készült termék-mentes						
Földimogyoró- és a belőle készült termék-mentes						
Dióféle- és a belőle készült termék-mentes (mandula, mogyoró, dió, kesudió, pekándió, brazil dió, pisztácia, makadámia vagy queenslandi dió)						
Szezám- és a belőle készült termék-mentes						
Zeller- és a belőle készült termék-mentes						
Mustár- és a belőle készült termék-mentes						
Hal- és a belőle készült termék-mentes						
Rákféle- és a belőle készült termék-mentes						
Csillagfűrt- és a belőle készült termék-mentes						
Puhatestű- és a belőle készült termék-mentes						
Szulfitmentes						
Egyéb, fel nem sorolt allergiát vagy intoleranciát okozó anyagok és termékek vonatkozásában előírt diéta megnevezése						
Kérjük vegye figyelembe, hogy táplálékallergia és táplálékintolerancia esetén, kizárólag a fogyasztók élelmiszerekkel kapcsolatos tájékoztatásáról szóló 1169/2011/EU európai parlamenti és tanácsi rendelet II. Mellékletében felsorolt allergiát vagy intoleranciát okozó anyagok és termékek vonatkozásában kell az előírt diétás étrendet biztosítani.						
Szénhidrát anyagcsere zavar (kérjük jelölje a szénhidrát elosztást grammban kifejezve)		R:	T:	E:	U:	V:
Egyéb diéta pontos megnevezése						
Kiállítás dátuma		év		hónap		nap
Az igazolás érvényességének lejáratási ideje		Jelölje x-el, vagy adja meg a dátumot				
Az állapot véglegessége folytán rendszeres felülvizsgálat nem szükséges						
A kiállítástól számított 1 év						
A következő felülvizsgálat időpontja		év		hónap		nap
Orvosi pecsét, aláírás						