**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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**POTRDILO O UKINITVI MEDICINSKO INDICIRANE DIETE ZA OTROKA**

**IME IN PRIIMEK OTROKA**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum rojstva:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IME IN PRIIMEK ZDRAVNIKA,** ki izda potrdilo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ZDRAVSTVENA USTANOVA in PODROČJE DELA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**UKINITEV DIETE**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum izdaje potrdila:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis in žig zdravnika)