



REGION  
KRONOBERG

Primärvårdens hälsoenhet  
Norrgatan 15  
35231 Växjö

## Dietistremiss vid malnutrition

Personnummer:
Namn:
Adress:
Telefon:

Kontaktperson (den som bäst kan redogöra för patientens behov):	
Kontaktperson tel:	Remissvar skickas till:
Remissdatum:	
Remittent:	

Kontaktorsak:				
Ange i mått och enheter vad din patient äter och dricker under en dag:				
Aptit:	God	Mindre god	Dålig	Annan sjukdom relevant för remissen:

### Ät- och sväljförmåga

### Viktutveckling

Illamående:	Vikt för 1 år sedan:
Förstoppning:	Vikt för 6 mån sedan:
Kräkningar:	Aktuell vikt:
Diarré:	BMI:
Dysfagi:	Längd:
Tandstatus:	

Matdistribution:	Nej	Ja	Om ja, hur ofta		
Antal huvudmål:	Antal mellanmål:				
Tidigare testat näringsdryck:	Nej	Ja	Tidigare dietistkontakt:	Nej	Ja