

Ausgleichskasse

Sozialversicherungsanstalt
des Kantons Zürich
Röntgenstrasse 17
Postfach, 8087 Zürich
www.svazurich.ch

► **Beiblatt zur ZL-Anmeldung oder periodischen Überprüfung von:**

Name Vorname:

Adresse:

.....

Versicherten-Nr.:

Die unterzeichnende Ärztin, der unterzeichnende Arzt bestätigt, dass die oben
genannte Person eine Diät einhalten muss.

● Grund / Diagnose:

Zöliakie / Sprue (Getreideunverträglichkeit)

Peritonealdialyse (Bauchfelldialyse)

Andere Diät / Diagnose:

.....
.....

● Welche Auswirkungen hätte das Nichteinhalten der Diät?

.....
.....

● Entstehen wegen der Diät Mehrkosten?

Ja Nein

Wenn ja, in welcher Form und in welchem Umfang?

.....
.....

Bitte wenden

● Bemerkungen

.....
.....
.....



Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift:
der behandelnden Ärztin, des behandelnden Arztes:

.....