

Bestellung der Diätkostformen

(z.B. bei Allergien, Unverträglichkeiten, Diabetiker, etc.)



Einrichtung: _____

Woche vom: _____ KW: _____

Bitte tragen Sie nur **ärztlich verordnete Diätkostformen** ein!

Bei **Erstbestellungen** unbedingt die **Kopie des ärztlichen Attestes** mit schicken!

Bei Änderung der Verordnung bitte unbedingt **neues ärztliches Attest** schicken!

Die Bestellungen sind wöchentlich an TMS 06081 – 57 69 29 zu faxen.

| Name , Vorname | Kostform (Allergie, Unverträglichkeit) | Wochentage der Essensbestellung (z.B. Mo-Fr) |
|----------------|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Bitte beachten Sie: Wird ein bestelltes Essen nicht benötigt, z.B. wegen Krankheit, muss dieses schriftlich bis 12 Uhr für den übernächsten Tag abbestellt werden. Anderenfalls müssen wir das Essen leider berechnen.