

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

Betrieb/ Ort/ Einrichtung: Mensa im Bewiker Huus Niederlassung Samtgemeinde Bardowick

Vor- und Nachname des betroffenen Gastes: \_\_\_\_\_

Alter des Gastes: \_\_\_\_\_

**Besondere Ernährungsformen (bitte ankreuzen)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ohne Schweinefleisch | <input type="checkbox"/> ohne Rindfleisch |
| <input type="checkbox"/> vegetarisch          | <input type="checkbox"/> vegan            |

**Nahrungsmittelunverträglichkeiten**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz                          | <input type="checkbox"/> Fruktoseintoleranz/-malabsorption |
| <input type="checkbox"/> Hereditäre (angeborene) Fruktoseintoleranz | <input type="checkbox"/> Sonstige .....                    |

**Zöliakie**

**Nahrungsmittel - Allergien**

Die vorliegende(n) Allergien wurden ärztlich abgeklärt und bestätigt am: .....

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Glutenhaltige Getreidesorten (Weizen/ Dinkel/ Roggen/ Gerste/ Hafer) |   |
| <input type="checkbox"/> Fisch allgemein  | <input type="checkbox"/> nur diese Sorten ..... |
| <input type="checkbox"/> Milch  | <input type="checkbox"/> Krebstiere             |
| <input type="checkbox"/> Ei   | <input type="checkbox"/> Soja                   |
| <input type="checkbox"/> Weichtiere   | <input type="checkbox"/> Sellerie               |
| <input type="checkbox"/> Sesam  | <input type="checkbox"/> Senf                   |
| <input type="checkbox"/> Erdnuss  | <input type="checkbox"/> Schwefeldioxid/Sulfite |
| <input type="checkbox"/> Lupine   |   |

Schalenfrüchte (bitte einzeln ankreuzen):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Haselnuss             | <input type="checkbox"/> Paranuss                 |
| <input type="checkbox"/> Walnuss               | <input type="checkbox"/> Macadamia/Queenslandnuss |
| <input type="checkbox"/> Kaschunuss/Cashewnuss | <input type="checkbox"/> Pistazie                 |
| <input type="checkbox"/> Pekannuss             | <input type="checkbox"/> Mandel                   |

**Erhöhtes Anaphylaxie Risiko?** ja  nein

Notfall-Set inkl. Adrenalin-Autoinjektor vorhanden? ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Gast/ Erziehungsberechtigte(r)/ Bevollmächtigte(r)