



## VERWIJSBRIEF DIËTIST

### Gegevens cliënt:

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Verzekering + polisnr.: \_\_\_\_\_

BSN: \_\_\_\_\_

### Diagnose:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Overgewicht               | <input type="checkbox"/> Hypertensie          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus         | <input type="checkbox"/> Hypercholesterolemie |
| <input type="checkbox"/> Ondergewicht/ondervoeding |   |
| <input type="checkbox"/> Maag- darmklachten, nl.   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Anders, nl.               | _____   |

Reden verwijzing: \_\_\_\_\_

Medicatie: \_\_\_\_\_

Bijzonderheden: \_\_\_\_\_

### Relevante laboratorium- en onderzoeksgegevens:

Totaal cholesterol	_____ mmol/l	Bloeddruk	_____ mmHg
LDL	_____ mmol/l	Glucose (nuchter)	_____ mmol/l
HDL	_____ mmol/l	Glucose	_____ mmol/l
Chol/HDL-ratio	_____	HbA1c	_____ mmol/mol
Triglyceriden	_____ mmol/l	eGFR	_____ ml/min/1,73 m <sup>2</sup>
_____	_____	_____	_____

Huisbezoek geïndiceerd: Ja/nee

### Gegevens verwijzer (stempel/sticker):

Naam arts: \_\_\_\_\_

Functie arts: \_\_\_\_\_

Praktijk/Ziekenhuis: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Handtekening \_\_\_\_\_