



## Verwijzing voor diëtbehandeling

Naam  Verzekeraar   
Adres  Inschrijfnummer   
Postcode  Woonplaats  Geb.dat.

### DIAGNOSE:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Eetprobleem       | <input type="checkbox"/> Voedselovergevoeligheid | <input type="checkbox"/> Hart- en vaatziekten |
| <input type="checkbox"/> Overgewicht       | <input type="checkbox"/> Ondergewicht            | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Maag/Darmklachten       | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> |

### RELEVANTE LABORATORIUM- EN ONDERZOEKSGEGEVENS:

Glucose nuchter <input type="text"/> mmol/l	Serumcholesterol <input type="text"/> mmol/l
Glucose <input type="text"/> mmol/l	HDL- cholesterol <input type="text"/> mmol/l
HbA1c <input type="text"/> %	LDL – cholesterol <input type="text"/> mmol/l
Bloeddruk <input type="text"/> mmHg	Chol/HDL ratio <input type="text"/> mmol/l
Overig <input type="text"/> mmol/l	triglyceriden <input type="text"/> mmol/l

Lengte  cm Gewicht  kg BMI

### Relevante medicatie / bijzonderheden:

Verzoek voor een huisbezoek:  JA  NEE

### Vraagstelling aan diëtist:

### Verwijzend arts/specialist/tandarts

Naam arts:

Datum:

Handtekening:

Telefonisch op werkdagen 030-6342405 of 06-25033394