

**Verwijzing voor:**

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

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

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

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

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Inschrijfnr. zorgverzekering: \_\_\_\_\_

**Diagnose:**

Overgewicht

Voedselovergevoeligheid

Eetstoornis

Ondergewicht

Diabetes Mellitus

Maagdarmklachten

Hart- en Vaatziekten

COPD

Overige, nl.: \_\_\_\_\_

**Laboratorium- en onderzoeksgegevens:**

Chol \_\_\_\_\_ mmol/l

Glucose N \_\_\_\_\_ mmol/l

HDL \_\_\_\_\_ mmol/l

Glucose NN \_\_\_\_\_ mmol/l

LDL \_\_\_\_\_ mmol/l

GlyHb/HbA1c \_\_\_\_\_ mmol/mol

Chol/HDL-ratio \_\_\_\_\_ mmol/l

RR \_\_\_\_\_ mmHg

TG \_\_\_\_\_ mmol/l

**Medicatie:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Verwijzing naar:**  Spreekuur diëtist  Huisbezoek diëtist

**Vraagstelling aan diëtist:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Patiënt dient mee te nemen:**

- verwijsbrief met evt. laboratoriumuitslagen
- legitimatiebewijs
- pasje van de zorgverzekering

**Verwijzend arts:**

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

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

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Handtekening:

U kunt een afspraak maken **030 656 10 33 of 06 27 00 81 32**

Diëtistenpraktijk Balans