



••• verwijfsformulier

● **Gegevens cliënt**

Naam/voorletters: _____	Geboortedatum: _____
Adres: _____	BSN: _____
Postcode/Plaats: _____	Telefoonnummer: _____
Zorgverzekeraar: _____	Polisnummer: _____

Correspondentieadres:

De Buitengracht 24
8332 GD Steenwijk
0521 51 50 17

info@dietistenpraktijkjanavis.nl
www.dietistenpraktijkjanavis.nl

Geregistreerd in het
Kwaliteitsregister Paramedici

● **Verwijsdiagnose** | Ketenzorg ja nee

<input type="checkbox"/> Te hoog gewicht	<input type="checkbox"/> Gewichtsverlies/ondervoeding	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Prikkelbare darmsyndroom	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hypercholesterolemie	<input type="checkbox"/> Nierschade	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hypertensie	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/>

● **Comorbiditeit**

● **Laboratoriumonderzoek**

<input type="checkbox"/> Glucose <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> nn mmol/l	<input type="checkbox"/> Cholesterol/HDL ratio mmol/l	<input type="checkbox"/> Kalium mmol/l
<input type="checkbox"/> HbA1c mmol/mol	<input type="checkbox"/> Triglyceriden mmol/l	<input type="checkbox"/> Hb mmol/l
<input type="checkbox"/> Totaal cholesterol mmol/l	<input type="checkbox"/> Bloeddruk mmHg	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HDL-cholesterol mmol/l	<input type="checkbox"/> eGFR ml/min/1,73 ²	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> LDL-cholesterol mmol/l	<input type="checkbox"/> Natrium mmol/l	<input type="checkbox"/>

● **Medicatie**

● **Aanvullende gegevens**

Lengte: _____ m Gewicht: _____ kg BMI: _____ kg/m²

Tailleomvang: _____ cm

● **Vraagstelling aan diëtist**

Huisbezoek geïndiceerd ja nee Contact opnemen met cliënt ja nee

● **Gegevens arts**

Naam/Voorletters: _____

Adres: _____

Postcode/Plaats: _____

Telefoonnummer: _____

E-mail: _____

Datum aanvraag: _____ Handtekening arts: _____