

Cliëntgegevens* (stempel/sticker)

Naam: _____

Adres: _____

Telefoonnummer: _____

Geboortedatum: _____

Zorgverz./polisnr.: _____

BSN: _____

Diagnose*

- Overgewicht/Obesitas Hypercholesterolemie
- Diabetes Mellitus type _____ Hypertensie
- Gewichtsverlies/Ondervoeding/Ondergewicht
- Maag-, darm- of leverziekte: _____
- Voedselovergevoeligheid: _____
- Anders: _____

Reden verwijzing*: _____

Medicatie: _____

Bijzonderheden: _____

Huisbezoek geïndiceerd*: Ja Nee

Onderzoeksgegevens*

Tot. Cholesterol: _____ mmol/l Bloeddruk: _____ mmHg

LDL: _____ mmol/l Bloedgluc. N: _____ mmol/l

HDL: _____ mmol/l HbA1c: _____ mmol/l

Triglyceriden: _____ mmol/l (IgG) tTGA/EMA: _____

Anders: _____

Gegevens verwijzer* (stempel/sticker)

Naam arts: _____

Functie arts: _____

Praktijk/Ziekenhuis: _____

Telefoonnummer: _____

E-mail: _____

Datum*: _____ **Handtekening*:** _____

*= verplicht