



# Verwijsformulier

zelfstandig gevestigde diëtist

Naam : .....  
Adres : .....  
PC/Woonplaats : .....  
Telefoonnr. : ..... Mailadres: .....  
Geboortedatum : ..... BSN: .....  
Zorgverzekeraar : ..... Polisnummer: .....

## Diagnose

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> COPD                         | <input type="checkbox"/> Hypercholesterolemie      | <input type="checkbox"/> Overgewicht              |
| <input type="checkbox"/> CVRM                         | <input type="checkbox"/> Hypertensie               | <input type="checkbox"/> Prikkelbaar darmsyndroom |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus type:..... | <input type="checkbox"/> Ondergewicht              | <input type="checkbox"/> Voedselallergie          |
| <input type="checkbox"/> Eetstoornis                  | <input type="checkbox"/> Ongewenst gewichtsverlies | <input type="checkbox"/> .....                    |

## Laboratorium- en onderzoeksgegevens

Totaal cholesterol : ..... mmol/l	glucose n/nn : ..... mmol/l
HDL-cholesterol : ..... mmol/l	HbA1C : ..... mmol/mol
LDL-cholesterol : ..... mmol/l	MDRD : ..... ml/min
triglyceriden : ..... mmol/l	vitamine D : ..... mmol/l
bloeddruk : ..... mmHg	..... : .....

## Medicatie/bijzonderheden/nevendiagnoses \*

## Vraagstelling aan de diëtist \*

- Indicatie huisbezoek

## Verwijzend arts / specialist / tandarts

(praktijkstempel)

Datum: .....

Handtekening:

agb-code: .....

.....