

Telefonisch afspraken maken op werkdagen van 8.00 tot 19.00

VERWIJBSBRIEF DIËTIST

Naam cliënt _____

Adres _____

Postcode en plaats _____

Geboortedatum _____

Ziektekostenverz./Polisnr. _____

Diagnose

- | | |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Overgewicht | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Hypercholesterolemie | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Hypertensie | <input type="checkbox"/> _____ |

Laboratoriumonderzoek

- | | |
|---------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bloedglu N _____ | <input type="checkbox"/> HDL _____ |
| <input type="checkbox"/> Bloedglu _____ | <input type="checkbox"/> LDL _____ |
| <input type="checkbox"/> HbA1c _____ | <input type="checkbox"/> TG _____ |
| <input type="checkbox"/> Tensie _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Chol. totaal _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Medicatie

Huisbezoek geïndiceerd ja/nee **Tel. cliënt** _____

Naam arts _____

Datum _____ **Handtekening** _____