

## VERWIJBSBRIEF DIËTIST

### Gegevens cliënt

Naam:

Adres:

Geboortedatum:

Postcode en plaats:

Telefoonnummer:

Merlin Vollenbroek, diëtist

Locaties:

Gronausestraat 129, Losser

Prins Hendrikstraat 6, Overdinkel

T 06-24858001

[info@eetbewust.nu](mailto:info@eetbewust.nu)

[www.eetbewust.nu](http://www.eetbewust.nu)

### Diagnose

- |   |   |                                      |                                    |
|---|---|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Overgewicht/BMI..... | <input type="checkbox"/> Hypercholesterolemie               | <input type="checkbox"/> COPD/Astma  | <input type="checkbox"/> Oncologie |
| <input type="checkbox"/> Ondervoeding         | <input type="checkbox"/> Voedselovergevoeligheid/allergieën | <input type="checkbox"/> Hypertensie | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus    | <input type="checkbox"/> Afbuigende groeicurve kind         | <input type="checkbox"/> Eetstoornis | <input type="checkbox"/> Coeliakie |
| <input type="checkbox"/> Hypertensie          | <input type="checkbox"/> Bariatrische chirurgie             | <input type="checkbox"/> Jicht       | <input type="checkbox"/> Decubitus |
| <input type="checkbox"/> Hartfalen            | <input type="checkbox"/> PDS/IBD/Fodmap                     | <input type="checkbox"/> Sport(st)er | <input type="checkbox"/> Algemeen  |
| <input type="checkbox"/> Levercirrose         | <input type="checkbox"/> Zwangerschap/Lacterend             | <input type="checkbox"/> Nierfalen   | <input type="checkbox"/> Anders    |

### Vraagstelling:

---

#### Laboratorium (eventueel uitdraai toevoegen)

- |  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Total cholesterol _____ | <input type="checkbox"/> TG _____    | <input type="checkbox"/> Bloedglucose _____ |
| <input type="checkbox"/> LDL _____               | <input type="checkbox"/> Ratio _____ | <input type="checkbox"/> Tensie _____       |
| <input type="checkbox"/> HDL _____               | <input type="checkbox"/> HbA1c _____ | <input type="checkbox"/> _____              |

#### Medicatie (eventueel uitdraai toevoegen)

---

#### Terugrapportage gewenst:

Ja/nee

Aan: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

#### Huisbezoek geïndiceerd:

Ja / Nee

Naam \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Handtekening \_\_\_\_\_

Stempel: