****

**Verwijsbrief dieetbehandeling**

**Cliëntgegevens\***

Naam ……………………………………………………………………………………………………………

Adres ……………………………………………………………………………………………………………

 …………………………………… ……………………………………………………………………

Telefoonnummer ……………………………………………………………………………………………………………

Geboortedatum ……………………………………………………………………………………………………………

Zorgverz./polisnr. ……………………………………………………………………………………………………………

BSN ……………………………………………………………………………………………………………

****

**Diagnose\***

**Reden verwijzing\*** ……………………………………………………………………………………………………………

**Medicatie** ……………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………………

**Bijzonderheden** ……………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………………

**Huisbezoek geïndiceerd** O Ja O Nee

**Onderzoekgegevens (eventueel)**

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 ……………………………………………………………………………………………………………

Adres ……………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………… …………………………………………………………………

Telefoonnummer ……………………………………………………………………………………………………………

Email ……………………………………………………………………………………………………………

**Datum\*** ………………………………… **Handtekening\*** …………..……………………………..

\* = verplicht