

# Diëtistenpraktijk

## GEZOND VERSTAND

070 4040970 info@dpgv.nl www.dpgv.nl

Pijnacker  
Floralaan 14  
Stationsstraat 1  
Rotterdam  
Lodewijk Pincoffsweg 84  
Maashaven Oostzijde 152

### Verwijzing diëtetik

Naam cliënt : \_\_\_\_\_ m / v  
Adres : \_\_\_\_\_  
Postcode en plaats : \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_  
Verzekering : \_\_\_\_\_  
Polisnummer : \_\_\_\_\_  
BSN nummer : \_\_\_\_\_  
Huisbezoek : ja / nee

### Verwijsdiagnose

- |   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> overgewicht          | <input type="checkbox"/> diabetes mellitus type _____ | <input type="checkbox"/> hypertensie |
| <input type="checkbox"/> hypercholesterolemie | <input type="checkbox"/> ondergewicht                 | <input type="checkbox"/> _____       |
| <input type="checkbox"/> COPD                 | <input type="checkbox"/> darmklachten                 | <input type="checkbox"/> _____       |

### Laboratorium- en onderzoeksgegevens

Bloeddruk	_____ mmHg	Cholesterol totaal	_____ mmol/l
Bloedglucose nuchter	_____ mmol/l	LDL	_____ mmol/l
HbA1c	_____ mmol/mol	HDL	_____ mmol/l
Gewicht	_____ kg	Triglyceride	_____ mmol/l
Lengte	_____ cm	Chol/HDL-ratio	_____ mmol/l

### Vraagstelling diëtist

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Medicatie/bijzonderheden

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Verwezen door/stempel

Naam arts/specialist : \_\_\_\_\_  
Adres : \_\_\_\_\_  
Postcode en plaats : \_\_\_\_\_

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