**Client Gegevens**

|  |
| --- |
| Naam:  |
| Adres: |
| Telefoon: |
| Geboorte datum: |
| Email adres: |

**Diagnose/Reden verwijzing**

O Overgewicht / Obesitas O COPD

O Diabetes type: O PDS

O Hypercholesterolemie O Ondergewicht

O Hypertensie

O Overig:

|  |
| --- |
|  |

**Relevante medicatie**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Bijzonderheden / vraagstelling aan diëtist Indicatie huisbezoek** Ja / Nee

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Lab en onderzoek gegevens**

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lengte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm Totaal Chol:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mmol/l

Gewicht:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kg. LDL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mmol/l

GlucN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mmol/l HDL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mmol/l

HbA1c:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mmol/l Ratio Chol/ HDL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mmol/l

Bloeddruk:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mmHg Trigliceriden:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mmol/l

Overig:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Verwijzend arts / specialist / tandarts** (evt. stempel)

|  |
| --- |
| Naam arts: |
| Praktijk:  |
| Adres: |
| Telnr.: |
| Email: |

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