|  |  |
| --- | --- |
|  | **Stacey Vermaat****(Kinder)diëtist/lactatiekundige**Telefoon / WhatsApp: 06-48108378E-mail: svermaat@praktijkmondjesmaat.nlWebsite: www.praktijkmondjesmaat.nl |

**Verwijsformulier kinderdiëtist / diëtist**

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

**Gegevens cliënt:**

naam ………………………………………………………

adres ………………………………………………………

postcode en woonplaats ………………………………………………………

geboortedatum ………………………………………………………

telefoon ………………………………………………………

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

**Reden van verwijzing\* kind / volwassene:**

□ Overgewicht / obesitas

□ Ondergewicht / gewichtsverlies

□ Ondervoeding / afbuigende groeicurve

□ Maagdarmproblemen

□ Eenzijdig en/of kritisch eetgedrag

□ Voedselallergieën of -intoleranties

□ Gebruik van sondevoeding en/of dieetpreparaten

□ Voedingsproblemen door verstandelijke en/of lichamelijke beperking

□ Verhoogd cholesterol / hypercholesterolemie / hyperlipidemie

□ Gestoorde glucosetolerantie / diabetes mellitus

□ Verhoogde bloeddruk / hypertensie

□ Dieetadvies rondom zwangerschap en / of borstvoedingsperiode

□ Anders, namelijk……………………………………………………………………………………………………

**Laboratorium- en onderzoeksgegevens:**

totaal cholesterol ….….. mmol/lit bloedglucose n ……….. mmol/lit

HDL ……... mmol/lit bloedglucose nn ……….. mmol/lit

LDL ….….. mmol/lit HbA1c ……….. %

triglyceriden ….….. mmol/lit bloeddruk ……….. mm Hg

cholesterol-HDL ratio ……... mmol/lit overig ....……..……………

**Medicatie:**…………………………………………………………………………………..………………………………………………………

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Vraagstelling aan de kinderdiëtist / diëtist:**

…………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………...…………...……………………………………………………….…………………………………………...…………...

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

**Gegevens verwijzend arts:**

naam arts/specialist/verloskundige ……………………………………………………………………………………………

adres ……………………………………………………………………………………………

postcode en woonplaats ……………………………………………………………………………………………

AGB-code ……………………………………………………………………………………………

**Datum: Handtekening:**

……………………. ……………………....……

\*zie Artsenwijzer Diëtetiek: www.artsenwijzer.info