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

**Verwijsformulier lactatiekundige IBCLC**

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

**Gegevens cliënt:**

naam ………………………………………………………

adres ………………………………………………………

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

geboortedatum ………………………………………………………

telefoon ………………………………………………………

**Gegevens kind(eren):**

Naam: ………………………………………………………  
  
Geboortedatum: ………………………………………………………

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

**Reden verwijzing**☐ prenataal / ☐ postnataal   
☐ Consult in zwangerschap ter Voorbereiding op de borstvoeding☐ Kind drinkt niet goed aan de borst   
☐ Borstvoeding na borstoperatie  
☐ Aanlegprobleem   
☐ Tepelproblemen / pijnlijke tepels  
☐ Borst / fles weigeren   
☐ Borstvoeding komt niet goed op gang   
☐ Borstvoeding bij meerling   
☐ Onvoldoende groei   
☐ Teveel melkproductie  
☐ Begeleiding bij vroeggeboorte  
☐ Onverklaarbare/onoplosbare pijn in de borst tijden / na borstvoeding  
☐ Ziekte/aangeboren afwijkingen kind   
☐ Aanhoudend gebruik van hulpmiddelen   
☐ Dreigende borstontsteking☐ Schimmelinfectie / spruw☐ Ziekte/aandoening moeder   
☐ Borstvoeding en medicatie  
☐ Afbouwen van de borstvoeding  
☐ Voeden met de fles combineren met de borst  
☐ Advies over kolven  
☐ Therapeutisch voeden met een fles  
☐ Relacteren  
☐ Anders, namelijk……………………………………………………………………………………………………………….

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

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

**Vraagstelling aan de lactatiekundige IBCLC:**

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

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

**Gegevens verwijzend arts:**

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

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

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

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

**Datum: Handtekening:**

……………………. ……………………....……