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

……………………. ……………………....……