



---

## **Anvraag dieetbehandeling voor:**

### **Gegevens Cliënt:**

Naam en voorletters : .....  
Adres : .....  
Postcode/Woonplaats : .....  
Tel. nummer : .....  
Geboortedatum : .....

### **Dieetbehandeling/diagnose:**

- Overgewicht/obesitas     Maagdarmklachten  
 Diabetes Mellitus 2     Ondervoeding  
 Metabool syndroom     Allergie  
 Hyperlipidemie         Hypertensie

### **Overigen**

- Ketenzorg DM /COPD /VRM  
 Huisbezoek geïndiceerd  
 Overleg gewenst  
 .....

Aanvullingen: .....

Vraagstelling aan diëtist: .....

.....

### **Laboratoriumgegevens:**

Glucosewaarde ..... Totaal chol. ....  
Nuchter ..... HDL chol. ....  
Niet nuchter ..... LDL chol. ....  
HBA1c ..... Triglyceriden .....  
Zie dagcurve     Ratio .....

### **Datum:**

.....  
Gewicht .....  
Lengte .....  
Bloeddruk .....  
Buikomvang .....  
Overig / BMI .....

**Relevante medicatie:** .....

.....

### **Gegevens verwijzer / stempel praktijk:**

Naam en voorletters : .....  
Praktijkadres : .....  
Postcode/ Woonplaats : .....  
**Datum verwijzing** : ..... **Handtekening** : .....

---

### **Afspraak maken:**

per telefoon (tijdens werktijden s.v.p. antwoordapparaat inspreken), per e-mail of via de website.

**t** 026-3116952  
**e** dietist@hartenvijf.nl  
**w** www.hartenvijf.nl

