



VERWIJSBRIEF DIËTIST

Naam en voorletter(s) cliënt : _____
Adres : _____
Postcode / woonplaats : _____
Telefoonnummer : _____
Geboortedatum : _____
Zorgverzekeraar : _____
Polisnummer : _____

Diagnose / reden verwijzing:

Huisbezoek geïndiceerd: Ja Nee

Medicatie / bijzonderheden:

Relevante laboratorium- en onderzoeksgegevens:

serumcholesterolgehalte: mmol/l glucose nuchter : mmol/l
HDL-cholesterol : mmol/l glucose-niet nuchter : mmol/l
LDL-cholesterol : mmol/l GlyHb (HbA1c) : %
triglyceriden : mmol/l tensie : mmHg

Verwijzend arts

Naam : _____
Adres : _____
Postcode / woonplaats : _____
Telefoonnummer : _____

Datum: _____ Handtekening: _____

Voor het maken van een afspraak kunt u op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur
bellen op tel. **06 - 15 04 48 26** of mailen naar **info@praktijkbonavita.nl**

Kijk voor meer informatie op **www.praktijkbonavita.nl**