

Verwijsformulier



Geeft huisarts mee aan de patiënt voor de leefstijladviseur

Datum: _____

Naam patiënt: _____

Geb. datum: _____

Tel. nr. werk/thuis: _____

Naam / stempel huisarts: _____

Patiënt behoort tot groep (aankruisen wat van toepassing is):

DM of verhoogd risico op DM

Aangeven vóór verwijzing (indien bekend) voor patiënten met (pre)DM:

RR _____ / _____ mm Hg

Glucose-N _____ mmol / l.

HbA1C _____ %

Cholesterol totaal _____ mmol / l.

LDL _____ mmol / l.

Ratio _____

TG _____ mmol / l.

Evt. BMI (indien berekend) _____ kg / m²

Evt. MO (indien gemeten) _____ cm

Chronische pijnklachten (hoofdpijn, nek, schouders, armen, rug, heupen, benen)

Depressieve symptomen

Belangrijke **Medische gegevens** voor zover niet vermeld op voorzijde
(voor beweegintensiteit van belang; denk aan HVZ, bewegingsbeperking):

Relevante medicatie:
(m.n. beta-blokkers)
