

**Gegevens deelnemer:**

Naam ..... M/V/X

Adres .....

Geboortedatum .....

Telefoonnummer .....

E-mailadres .....

BSN .....

Zorgverzekering .....

Relatienummer zorgverzekering .....

**Reden van doorverwijzing\*:**

- BMI >30
- BMI 25-30
  - een middelomtrek van minimaal 102 cm (mannen) of 88 cm (vrouwen)
  - een verhoogd risico op diabetes type 2
  - een verhoogd risico op hart- en vaatziekte
  - atrose
  - slaapapneu

**Gegevens verwijzer:**

Naam ..... huisarts/praktijkondersteuner/medisch specialist\*

Naam praktijk/ziekenhuis .....

Telefoonnummer praktijk/ziekenhuis .....

E-mailadres praktijk/ziekenhuis .....

AGB-code .....

E-mailadres .....

\* *kruis aan wat van toepassing is*

Datum .....

Handtekening