

VERWIJSFORMULIER DIËTIST VOOR TANDARTS/MONDHYGIËNIST

Datum aanvraag: / / 20

Huisbezoek geïndiceerd

Gegevens cliënt

Naam/voorletters:

Geboortedatum:

Adres:

Telefoonnummer:

Plaats:

Postcode:

Zorgverzekeraar:

Polisnummer:

BSN:

Hulpvraag

- Check goede voeding
- Check relatie tandheelkundige diagnose en voeding
- Coaching/begeleiding veranderen eetpatroon
- Anders, nl

Verwijsdoel

- Preventief
- Curatief
- Ter ondersteuning behandeling
- Klachtenverlichting

Tandheelkundige diagnose

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cariës | <input type="checkbox"/> Monddroogte | <input type="checkbox"/> Aften |
| <input type="checkbox"/> Tanderosie | <input type="checkbox"/> Hoofd-halskanker | <input type="checkbox"/> Mondbranden |
| <input type="checkbox"/> Gingivitis | <input type="checkbox"/> Kauwproblemen | <input type="checkbox"/> Cheilitis angularis |
| <input type="checkbox"/> Parodontitis | <input type="checkbox"/> Slikproblemen | <input type="checkbox"/> Koortslip |
| | <input type="checkbox"/> Smaak- en reukstoornissen | <input type="checkbox"/> Anders, nl |

Aanvullende gegevens

Voedingstoestand

- Gewichtsverlies/ondervoeding
- Afbuigende groeicurve/groeiachterstand
- Overgewicht

Allergie

- Voedselovergevoeligheid
- Contactallergie
- Latexallergie
- Oraal-allergiesyndroom

Ziektebeelden

- Metabool syndroom
- Diabetes Mellitus, type 1/type 2
- Idiopathische reactieve hypoglykemie
- Osteoporose
- Gastro-oesofageale reflux
- Coeliakie
- (Orale) candida infectie
- Overige diagnose, nl

Psychologie

- Chronische stress
- Slikangst/stikfobie
- (Vermoeden) eetstoornis
- Anorexia nervosa
- Boulimia nervosa

Overige relevante gegevens

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zwanger | <input type="checkbox"/> Heeft chronische aandoeningen, anders dan de huidige klacht | <input type="checkbox"/> Gebruikt medicatie, die klachten wel/ niet beïnvloedt, te weten:
.....
..... |
| <input type="checkbox"/> Rookt | <input type="checkbox"/> Laboratoriumgegevens/bloedonderzoek/microbiologie is bijgevoegd | <input type="checkbox"/> Overig, nl |
| <input type="checkbox"/> Heeft operatie(s) ondergaan | | |

Gegevens tandarts/mondhygiënist

Naam/voorletters:

Telefoonnummer:

AGB-code praktijk:

Handtekening tandarts/
mondhygiënist: