

# Model VERSLAGBRIEF DIËTIST

## ZORGTRAJECT CHRONISCHE NIERINSUFFICIËNTIE

<b>Patiënt:</b> Naam Adres  Geboortedatum
---

<b>Huisarts:</b> Naam Adres
-----------------------------------

### 1. RESULTATEN VAN DE ANAMNESE

.....  
.....

### 2. PERSOONLIJKE RISICOFACTOREN

Lengte (m): .....      Gewicht (kg): .....      BMI (kg/m<sup>2</sup>): .....      Buikomtrek(cm): .....

3. EVOLUTIE       Gunstig       Ongunstig       Stabiel

Opmerkingen:.....  
.....

### 4. BEWEGING

.....  
.....

### 5. AARD VAN HET VOEDINGS-/DIEETADVIES

.....  
.....

### 6. AFSPRAKEN MET DE PATIËNT/DOELSTELLINGEN/MOTIVATIE

.....  
.....

### 7. EXTRA AANDACHTSPUNTEN I.V.M DIEET/OPMERKINGEN

.....  
.....

<b>Diëtist:</b> Naam Adres  Datum + Handtekening
--