

Bij deze verwijs ik

Naam deelnemer	<ruimte voor NAW sticker>
Adres	
Telefoonnummer	
Geboortedatum	
Emailadres	
BSN nummer	
Zorgverzekeraar	
Verzekeringsnummer	

Inclusiecriteria

☐ BMI >25 en co-morbiditeit	☐ BMI>30	☐ Voldoende gemotiveerd
--	---------------------------------	--

Relevante medische voorgeschiedenis en/of co-morbiditeit

Medicatie

Toelichting op motivatie voor het programma

Ondertekening deelnemer

☐ **JA**

- Ik geef toestemming aan mijn huisarts om mijn persoonsgegevens en medische gegevens beschikbaar te stellen via een digitaal systeem,
 - waardoor de betrokken zorgverleners in het kader van mijn behandeling deze kunnen uitwisselen;
 - waardoor Ketenzorg Friesland in staat wordt gesteld het declaratieverkeer tussen betrokken zorgverleners en de zorgverzekeraar te regelen;
 - mijn gegevens anoniem gebruikt kunnen worden voor benchmark en wetenschappelijk onderzoek.
- Ik geef toestemming voor opname in het programma Gezonde Leefstijl Interventie (GLI) van Ketenzorg Friesland.

☐ **JA** Ik zal minstens 80% van de bijeenkomsten van het GLI programma bijwonen

Handtekening deelnemer:

Datum:

Naam verwijzer:

<ruimte voor praktijkstempel>

Handtekening verwijzer:

Datum:

AGB code: