**Bij deze verwijs ik**

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

**Inclusiecriteria**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **[ ]  BMI 25-30 + buikomvang** ♀ **88+ ♂ 102+ en/of co morbiditeit** | **[ ]  BMI 30 of hoger** | **[ ]  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:****Handtekening verwijzer:****Datum:** |  | <ruimte voor praktijkstempel>  |