

**Bij deze verwijs ik**

|                    |  |
|--------------------|--|
| Naam deelnemer     |  |
| Adres              |  |
| Telefoonnummer     |  |
| Geboortedatum      |  |
| Emailadres         |  |
| BSN nummer         |  |
| Zorgverzekeraar    |  |
| Verzekeringsnummer |  |

**Inclusiecriteria**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> BMI 25-30 + buikomvang ♀ 88+ ♂<br>102+ en/of co morbiditeit | <input type="checkbox"/> BMI 30 of hoger | <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_

