



Obesitas Centrum Amsterdam

**IFSO criteria om in aanmerking te komen voor bariatric**

- BMI >40 of >35 met gerelateerde co- morbiditeit
- Diëtiste en/of Weight Watchers in de afgelopen 5 jaar voor een periode van minstens 6 maanden

**Verwijzing voor chirurgische behandeling van Morbide Obesitas**

**Datum:**

**Gegevens patiënt:**

Naam en voorletters:

Geslacht:

Geboortedatum:

BSN nummer:

Straat/huisnummer:

Postcode/plaats:

Telefoon:

Emailadres (indien aanwezig):

Zorgverzekeraar:

Beheerst Nederlandse taal / tolk nodig in taal:

**Obesitas geassocieerde co-morbiditeit(en)**

	ja	nee	
- Dyslipidemie	0	0	indien familiair, dan niet geldig
- Artrose	0	0	
- Hart- en vaatziekten	0	0	
- Hypertensie	0	0	
- Slaapapneu	0	0	indien ja, wat is de AHI:
- Diabetes Mellitus	0	0	indien ja, door wie behandeld:

Lengte (cm):

Bloeddruk (mmHg):

Gewicht (kg) :

BMI (kg/m<sup>2</sup>) :

**Medische voorgeschiedenis**

**Medicatie en intoxicaties**

- Medicatie

- Roken (nu of vroeger, aantal)

- Alcohol (EH/dag)

**Is patiënt bij een diëtist of Weight Watchers geweest in de afgelopen 5 jaar voor minstens 4 maanden aaneengesloten? (voorwaarde)**

**Psychologische voorgeschiedenis**

**Gegevens verwijzer** (U kunt ook uw naamstempel gebruiken)

Naam:

Adres:

Postcode/woonplaats:

Telefoonnummer:

***Graag het ingevulde formulier sturen naar:***

Obesitas Centrum Amsterdam

OLVG, locatie West

Postbus 9243

1006 AE Amsterdam

**Alleen in te vullen door chirurg Obesitas Centrum Amsterdam**

Naam chirurg:

Datum:

Goedkeuring chirurg: ja / nee

Opmerkingen: