

Verwijsbrief van huisarts naar diëtist

Datum:

Van:

Huisarts:
Adres:
.....
Telefoon:
GSM:
RIZIV-nr.:

Aan:

Diëtist:
Telefoon:
GSM:

Betreft:

Patiënt:
Rijksregisternummer:
Adres:.....
.....
Telefoon:.....
GSM:
Verzekeringstelling (VI):

Zorgteam:

Apotheker:
Diabeteseducator:
Diëtist:
Kinesitherapeut:
Podoloog:
Endocrinoloog:
Oftalmoloog:
Verpleegkundige:
Andere:

1. REDEN VAN VERWIJZING

.....
.....
.....

2. ADMINISTRATIEF

- Diagnose diabetes mellitus type 2 sinds:/...../.....
- Datum start voortraject diabetes type 2:/...../.....
- Datum start zorgtraject diabetes type 2:/...../.....
- Heeft de patiënt al dieetadvies gehad in het voortraject? Nee Ja
- Heeft de patiënt al dieetadvies gehad in het zorgtraject? Nee Ja
- Heeft de patiënt een zorgtraject chronische nierinsufficiëntie? Nee Ja

3. ANTECEDENTEN

.....
.....
.....
.....

4. ALLERGIEËN EN INTOLERANTIES

Allergieën:
.....
.....

Intoleranties:

.....
.....

5. KLINISCH ONDERZOEK

Antropometrie

Gewicht: kg

Datum:/...../.....

Lengte: m

Datum:/...../.....

BMI: kg/m²

Datum:/...../.....

Buikomtrek: cm

Datum:/...../.....

BLOEDDRUK:/.....

Datum:/...../.....

6. LEVENSTIJL (voeding, alcohol, lichaamsbeweging, rookstatus, ...)

.....
.....
.....
.....

7. MEDICATIEGEBRUIK

Naam medicatie	Dosis/dag	Tijdstip			
		's morgens	's middags	's avonds	voor slapen

.....
.....
.....
.....

8. LABORESULTATEN (of kopie van labo in bijlage)

LABO:

HbA1c:

Datum:/...../.....

Hemoglobine:

Datum:/...../.....

Totaal cholesterol:

Datum:/...../.....

LDL cholesterol:

Datum:/...../.....

HDL cholesterol:

Datum:/...../.....

Triglyceriden:

Datum:/...../.....

Serum creatinine:

Datum:/...../.....

eGFR (MDRD formule):

Datum:/...../.....

Nuchtere glycemie:

Datum:/...../.....

URINE:

Proteïnurie:

Datum:/...../.....

Microalbuminurie:

Datum:/...../.....

Albumine/creatinine:

Datum:/...../.....

9. AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN

.....
.....

Met vriendelijke groet,

Dr.

Stempel + handtekening huisarts
