

Zorgtraject Diabetes type 2

Verwijsbrief van huisarts naar endocrinoloog

Datum:

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

Aan:
Endocrinoloog:
Adres:
.....
Telefoon:
GSM:

Betreft:
Patiënt:
Rijksregisternummer:
Adres:.....
.....
Telefoon:.....
GSM:
Verzekeringsinstelling (VI):

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

1. REDEN VAN VERWIJZING

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

2. ADMINISTRATIEF

Diagnose diabetes mellitus type 2 sinds:/...../.....

Heeft de patiënt reeds het voortraject doorlopen? JA / NEE

Datum start zorgtraject diabetes type 2:/...../.....

Heeft de patiënt een zorgtraject chronische nierinsufficiëntie? JA / NEE

Werd er voor de patiënt een SumEHR opgesteld? JA / NEE

3. ANTECEDENTEN

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

4. ALLERGIEËN EN INTOLERANTIES

Allergieën:

.....
.....

Intoleranties:

.....
.....

5. VOETRISICO

LINKS

- Risicogroep 1
- Risicogroep 2a
- Risicogroep 2b
- Risicogroep 3

RECHTS

- Risicogroep 1
- Risicogroep 2a
- Risicogroep 2b
- Risicogroep 3

6. KLINISCH ONDERZOEK

ANTROPOMETRIE:

Gewicht: kg

Lengte: m

BMI: kg/m²

Buikomtrek: cm

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

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

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

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

BLOEDDRUK:

...../.....

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

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

.....

.....

.....

.....

8. MEDICATIEGEBRUIK (zie ook Vitalink)

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

.....

.....

.....

.....

9. 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:/...../.....

10. VACCINATIESTATUS

Griep

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

Pneumokokken

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

11. AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN

.....
.....

Met vriendelijke groet,

Dr.

Stempel + handtekening huisarts