

Zorgtraject Diabetes type 2
Verwijsbrief van huisarts naar oftalmoloog

Datum:

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

Aan:
Oftalmoloog:
Adres:
.....
Telefoon:
GSM:

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

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

1. REDEN VAN VERWIJZING

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

2. ADMINISTRATIEF

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

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

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. KLINISCH ONDERZOEK

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:

URINE:

Proteïnurie:

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

Microalbuminurie:

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

Albumine/creatinine:

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

9. AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN (vb. advies rijbewijs)

.....
.....

Met vriendelijke groet,

Dr.

Stempel + handtekening huisarts

