

Voortraject en zorgtraject Diabetes type 2

Verwijsbrief van huisarts voor diabeteseducatie

Datum:

Van:

Huisarts:

Adres:

.....

Telefoon:

GSM:

RIZIV-nr.:

Betreft:

Patiënt:

Rijksregisternummer:

Adres:.....

.....

Telefoon:.....

GSM:

Verzekeringsinstelling (VI):

Aan:

Discipline:

Telefoon:

GSM:

Zorgteam:

Apotheker:

Diabeteseducator:

Diëtist:

Kinesitherapeut:

Podoloog:

Endocrinoloog:

Oftalmoloog:

Verpleegkundige:

Andere:

Reeds naar diëtist verwezen i.k.v. voortraject of zorgtraject?

Nee Ja

Reeds naar podoloog verwezen i.k.v. voortraject of zorgtraject?

Nee Ja

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 diabeteseducatie gehad in het voortraject? Nee Ja
- Heeft de patiënt al diabeteseducatie gehad in het zorgtraject?
 Nee Ja, via een eerstelijns diabeteseducator Ja, via diabetesconventiecentrum
- 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. SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN VOOR EDUCATIE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acute complicaties | <input type="checkbox"/> Hypo- en hyperglycemie |
| <input type="checkbox"/> Chronische complicaties | <input type="checkbox"/> Retinopathie |
| | <input type="checkbox"/> Nefropathie |
| | <input type="checkbox"/> Neuropathie |
| | <input type="checkbox"/> Diabetische voet en wondzorg |
| | <input type="checkbox"/> Seksuele problemen |
| <input type="checkbox"/> Sociale aspecten | <input type="checkbox"/> Reizen |
| | <input type="checkbox"/> Patiëntenorganisaties |
| | <input type="checkbox"/> Rijbewijs |
| | <input type="checkbox"/> Verzekering |
| | <input type="checkbox"/> Solliciteren |
| <input type="checkbox"/> Ziekte-inzicht | |
| <input type="checkbox"/> Medicatie en materiaal | <input type="checkbox"/> Gebruik insulinepen en injectietechniek |
| | <input type="checkbox"/> Gebruik glucometer en interpretatie |
| <input type="checkbox"/> Andere: | |

10. AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN

.....
.....

Met vriendelijke groet,

Dr.

Stempel + handtekening huisarts