

Voortraject en zorgtraject Diabetes type 2
Verwijsbrief van huisarts voor diabeteseducatie

*Van:*

Huisarts:

.....

..... Adres:

.....

..... Telefoon:

.....

..... GSM:

.....

..... RIZIV-nr.:

.....

*Betreft:*

Patiënt:

.....

..... Rijksregisternummer:

.....

Adres:.....

.....

.....

Telefoon:.....

..... GSM:

.....

.....

Verzekeringsinstelling (VI):

.....

Datum:

..... *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

Lengte: ..... m BMI:

..... kg/m<sup>2</sup>

Buikomtrek: ..... cm

BLOEDDRUK:

...../.....

Datum:

...../...../

.....

Datum:

...../...../

.....

Datum:

...../...../

.....

Datum:

...../...../

.....

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:	Datum:
HbA1c: ..... Hemoglobine:	...../...../...
..... Totaal	..... Datum:
cholesterol: ..... LDL	...../...../...
cholesterol: ..... HDL	..... Datum:
cholesterol: .....	...../...../...
Triglyceriden: .....	..... Datum:
Serum creatinine:.....	...../...../...
eGFR (MDRD formule): .....	..... Datum:
Nuchtere glycemie: .....	...../...../...
	..... Datum:
URINE:	...../...../...
Proteinurie: .....	..... Datum:
Microalbuminurie: .....	...../...../...
Albumine/creatinine: .....	..... Datum:
	...../...../...
	..... Datum:
	...../...../...
	.....

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

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

9. SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN VOOR EDUCATIE

- Acute complicaties
- Chronische complicaties
- Sociale aspecten
- Ziekte-inzicht
- Medicatie en materiaal
- Andere: .....
- Hypo- en hyperglycemie
- Retinopathie
- Nefropathie
- Neuropathie
- Diabetische voet en wondzorg
- Seksuele problemen
- Reizen
- Patiëntenorganisaties
- Rijbewijs
- Verzekering
- Sollicitaties
- Gebruik insulinepen en injectietechniek
- Gebruik glucometer en interpretatie

10. AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN

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

Met vriendelijke groet,

Dr. ....

Stempel + handtekening huisarts