

Verwijsbrief van huisarts naar diëtist

Datum:

Van:

Huisarts:
.....
..... Adres:

Telefoon:

GSM:

RIZIV-nr.:

.....
.....

Betreft:

Patiënt:

.....
..... Rijksregisternummer:
.....

Adres:.....
.....

.....
.....

Telefoon:.....
..... GSM:

.....
.....

Verzekeringsinstelling (VI):

.....

..... **Aan:**

Diëtist:

Telefoon:

GSM:

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

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

Gewicht: kg

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

Lengte: m

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

BMI: kg/m²

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

Buikomtrek: cm

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

BLOEDDRUK:/.....

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

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

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

9. AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN

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

Met vriendelijke groet,

Dr.

Stempel + handtekening huisarts