

Zorgtraject Diabetes type 2

Verwijsbrief van huisarts naar endocrinoloog

Datum:

Van:

Huisarts:

..... Adres:

..... Telefoon:

..... GSM:

..... RIZIV-nr.:

Betreft:

Patiënt:

..... Rijksregisternummer:

Adres:.....

Telefoon:.....

..... GSM:

Verzekeringstelling (VI):

..... Aan:

Endocrinoloog:

Adres:

..... Telefoon:

..... GSM:

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

- Risicogr
oep 1

Risicogr
oep 2a

Risicogr
oep 2b

Risicogr
oep 3

6. KLINISCH ONDERZOEK

ANTROPOMETRIE: Gewicht:

..... kg

Lengte: m BMI:

..... kg/m²

Buikomtrek: cm

BLOEDDRUK:

...../.....

Datum:

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

.....

Datum:

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

.....

Datum:

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

.....

Datum:

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

.....

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: Hemoglobine:

..... Totaal

cholesterol: LDL

cholesterol: HDL

cholesterol:

Triglyceriden:

Serum creatinine:.....

eGFR (MDRD formule):

Nuchtere glycemie:

URINE:

Proteïnurie:

Microalbuminurie:

Albumine/creatinine:

Datum:

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

..... Datum:

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

..... Datum:

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

..... Datum:

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

..... Datum:

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

..... Datum:

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

..... Datum:

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

..... Datum:

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

..... Datum:

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

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

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

10. VACCINATIESTATUS

Griep Pneumokokken

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

11. AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN

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

Met vriendelijke groet,

Dr.

Stempel + handtekening huisarts