

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/m<sup>2</sup>

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"/> Sociale aspecten        | <input type="checkbox"/> Seksuele problemen                      |
|  | <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