

Zorgtraject Diabetes type 2

Verwijsbrief van huisarts naar endocrinoloog

Datum: .....

Van:
Huisarts: .....
Adres: .....
.....
Telefoon: .....
GSM: .....
RIZIV-nr.: .....

Aan:
Endocrinoloog: .....
Adres: .....
.....
Telefoon: .....
GSM: .....

Betreft:
Patiënt: .....
Rijksregisternummer: .....
Adres:.....
.....
Telefoon:.....
GSM: .....
Verzekeringsinstelling (VI): .....

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

- Risicogroep 1
- Risicogroep 2a
- Risicogroep 2b
- Risicogroep 3

6. KLINISCH ONDERZOEK

ANTROPOMETRIE:

Gewicht: ..... kg

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

Lengte: ..... m

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

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

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

Buikomtrek: ..... cm

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

BLOEDDRUK:

...../.....

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: .....	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: ...../...../.....

10. VACCINATIESTATUS

Griep	Datum: ...../...../.....
Pneumokokken	Datum: ...../...../.....

11. AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN

.....  
.....

Met vriendelijke groet,

Dr. ....

Stempel + handtekening huisarts