|  |
| --- |
| Verwijsbrief van huisarts naar diëtist |

***Van:***

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

Telefoon:

GSM:

RIZIV-nr.: …………………………………………………………

***Betreft:***

Patiënt: …………………………………………………………… Rijksregisternummer: …………………………………….. Adres:……………………………………………………………… ………………………………………………………………………… Telefoon:………………………………………………………… GSM: ……………………………………………………………….

 Verzekeringsinstelling (VI): ……………………………..

Datum: …………………….. ***Aan:***

Diëtist:

Telefoon:

GSM:

***Zorgteam:***

Apotheker: ……………………………………………………………

Diabeteseducator: ………………………………………………..

Diëtist: ………………………………………………………………….

Kinesitherapeut: ……………………………………………………

Podoloog: …………………………………………………………….

Endocrinoloog:

Oftalmoloog:

Verpleegkundige: ………………………………………………….

Andere:

1. REDEN VAN VERWIJZING

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. 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
1. ANTECEDENTEN

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. ALLERGIEËN EN INTOLERANTIES

Allergieën: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Intoleranties: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. KLINISCH ONDERZOEK

Antropometrie

Gewicht: ………………… kg

Lengte: …………………. m

BMI: ……………………… kg/m² Buikomtrek: …………. cm

BLOEDDRUK: ……/……..

Datum: ……/……/………

Datum: ……/……/………

Datum: ……/……/………

Datum: ……/……/………

Datum: ……/……/………

1. LEVENSSTIJL (voeding, alcohol, lichaamsbeweging, rookstatus, …)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. MEDICATIEGEBRUIK

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam medicatie | Dosis/dag | Tijdstipip |
| ‘s morgens | ‘s middags | ‘s avonds | voor slapen |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. 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: ……/……/………

1. AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Met vriendelijke groet, Stempel + handtekening huisarts

Dr. ………………………………………………………