

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

Gewicht: kg

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

Lengte: m

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

BMI: kg/m²

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:
Hemoglobine:
Totaal cholesterol:
LDL cholesterol:
HDL cholesterol:
Triglyceriden:
Serum creatinine:
eGFR (MDRD formule):
Nuchtere glycemie:

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

URINE:

Proteïnurie:
Microalbuminurie:
Albumine/creatinine:

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

9. AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN

.....
.....

Met vriendelijke groet,

Dr.

Stempel + handtekening huisarts