|  |
| --- |
| Zorgtraject Diabetes type 2 |
| Verwijsbrief van huisarts naar oftalmoloog |

*Van:*

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

*Betreft:*

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

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

Datum: …………………….. *Aan:*

Oftalmoloog: ………………………………………………….

Adres: …………………………………………………………… ……………………………………………………………………… Telefoon: ………………………………………………………. GSM: ………………………………………………………………

*Zorgteam:*

Apotheker: ……………………………………………………..

Diabeteseducator: ………………………………………….

Diëtist: …………………………………………………………….

Kinesitherapeut: …………………………………………….. Podoloog: ………………………………………………………. Endocrinoloog: ……………………………………………….

Verpleegkundige: …………………………………………..

Andere: ………………………………………………………….

1. REDEN VAN VERWIJZING ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. ADMINISTRATIEF

Diagnose diabetes mellitus type 2 sinds: ……/……/…….

Datum start zorgtraject diabetes type 2 sinds: ……/……/…….

Heeft de patiënt een zorgtraject chronische nierinsufficiëntie?  JA /  NEE

Werd er voor de patiënt een SumEHR opgesteld?  JA /  NEE

3. ANTECEDENTEN

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

4. ALLERGIEEN EN INTOLERANTIES

Allergieën: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Intoleranties: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

5. KLINISCH ONDERZOEK

BLOEDDRUK:

……/…….. Datum: ……/……/………

6. LEVENSSTIJL (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: …………………

URINE:

Proteïnurie: ………………………………….

Microalbuminurie: ……………………….

Albumine/creatinine: …………………….

Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/………

Datum: ……/……/……… Datum: ……/……/………

Datum: ……/……/………

9. AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN (vb. advies rijbewijs) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Met vriendelijke groet,  **Stempel + handtekening huisarts**

Dr. …………………………………………..