|  |
| --- |
| Verwijsbrief van huisarts naar podoloog |

***Van:***

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

***Betreft:***

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

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

Datum: …………………….. ***Aan:***

Podoloog: ……………………………………………………………..

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

***Zorgteam:***

Apotheker: ………………………………………………………….

Diabeteseducator: ………………………………………………. Diëtist: ………………………………………………………………… Endocrinoloog: …………………………………………………….

Kinesitherapeut: …………………………………………………. 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 podologie gehad in het voortraject? [ ]  Nee [ ]  Ja
* Heeft de patiënt al podologie gehad in het zorgtraject? [ ]  Nee [ ]  Ja
* Heeft de patiënt een zorgtraject chronische nierinsufficiëntie? [ ]  Nee [ ]  Ja
1. ANTECEDENTEN

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

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

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

1. ALLERGIEËN EN INTOLERANTIES

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

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

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

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

1. VOETRISICO

LINKS RECHTS

[ ]  Risicogroep 1

[ ]  Risicogroep 2a

[ ]  Risicogroep 2b

[ ]  Risicogroep 3

[ ]  Risicogroep 1

[ ]  Risicogroep 2a

[ ]  Risicogroep 2b

[ ]  Risicogroep

1. KLINISCH ONDERZOEK

Antropometrie:

Gewicht: ………………… kg Lengte: …………………. m

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

BLOEDDRUK: ……/……..

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

Datum: ……/……/………

1. LEVENSSTIJL

Lichaamsbeweging:

[ ]  Onmogelijk

[ ]  Onvoldoende

[ ]  Voldoende

[ ]  Recreatiesport

[ ]  Competitiesport

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

Rookstatus:

[ ]  Nooit gerookt

[ ]  Roker: ……… pakjaren

[ ]  Ex-roker:

* gestopt met roken sinds: ……/……/………
* …………. pakjaren
1. MEDICATIEGEBRUIK

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

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

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

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

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

1. AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN

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

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

Met vriendelijke groet, Stempel + handtekening huisarts

Dr. ……………………………………………