|  |
| --- |
| 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 | Tijdstip ip | | | |
| ‘s morgens | ‘s middags | ‘s avonds | voor slapen |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

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

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

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

1. AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN

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

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

Met vriendelijke groet, Stempel + handtekening huisarts

Dr. ……………………………………………