

Aanvraag dieetconsult in kader van het zorgtraject chronische
nierinsufficiëntie

Naam.....

Consultatie* 1 2 3 4 kalenderjaar 20....

*gelieve aan te duiden

*Het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie geeft recht op consultaties van min. 30 minuten naar rato van:
2/jaar bij stadium 3B (eGFR 30-44)
3/jaar bij stadium 4 (eGFR 15-29)
4/jaar bij stadium 5 (eGFR <15)
Per kalenderjaar*

	prioritair	belangrijk	opmerkingen
kalium	☐	☐	
natrium	☐	☐	
fosfor	☐	☐	
diabetes	☐	☐	
cholesterol	☐	☐	
calorieinname	☐	☐	
eiwitinname	☐	☐	
vocht	☐	☐	
compliance en inzicht medicatie	☐	☐	

Gegevens

Bloeddruk.....	mm Hg
Aantal anti-hypertensiva.....	
eGFR.....	ml/min/1,73m2
Kalium.....	mEq/l
Fosfor	mg/dl
Albumine.....	mg/l
Cholesterol.....	mg/dl
HDL.....	mg/dl
LDL.....	mg/dl
Triglyceriden	mg/dl
HgbA1C.....	%

Andere opmerkingen.....

Datum, handtekening, stempel
huisarts