

Zorgtraject Diabetes type 2

Verwijsbrief van huisarts naar endocrinoloog

Datum:

Van:
Huisarts:
Adres:
.....
Telefoon:

Aan:
Endocrinoloog:
Adres:
.....
Telefoon:

Betreft:
Patiënt:
Geboortedatum:
Adres:
.....
Telefoon:

Kleefbriefje mutualiteit

[Empty rectangular box for mutual insurance sticker]

1. REDEN VAN VERWIJZING

.....
.....
.....

2. VOORGESCHIEDENIS

Diagnose diabetes mellitus type 2 sinds:/...../.....
Datum start zorgtraject:/...../.....

Complicaties:

- Retinopathie, Nefropathie, Neuropathie, Diabetische voet, Hypertensie, Hyperlipidemie, Cardiovasculair lijden, Andere:

3. ANTROPOMETRIE

Gewicht: kg Datum:/...../.....
Lengte: m Datum:/...../.....
BMI: kg/m² Datum:/...../.....
Buikomtrek: cm Datum:/...../.....

4. BLOEDDRUK / EKG

Bloeddruk:/..... Datum:/...../.....
EKG: Datum:/...../.....

.....
.....

5. LEVENSTIJL

Voeding:

.....
.....

Alcohol: eenheden/week

Lichaamsbeweging:

- Onmogelijk
- < 30 min/dag
- ≥ 30 min/dag

.....
.....

Rookstatus:

- Roker
- Nooit gerookt
- Ex-roker: gestopt met roken sinds:/...../.....

6. MEDICATIEGEBRUIK

Naam Insuline/Incretinemimeticum	Dosis	Tijdstip			
		's morgens	's middags	's avonds	voor slapen

Naam Orale antidiabetica	Dosis	Tijdstip			
		's morgens	's middags	's avonds	voor slapen

Naam andere medicatie	Dosis

7. LABORESULTATEN (of kopie van labo in bijlage)

HbA1c:	Datum:/...../.....
Hemoglobine:	Datum:/...../.....
Nuchtere glycemie:	Datum:/...../.....
Totaal cholesterol:	Datum:/...../.....
HDL cholesterol:	Datum:/...../.....
LDL cholesterol:	Datum:/...../.....
Triglyceriden:	Datum:/...../.....
Serum creatinine:.....	Datum:/...../.....
eGFR (MDRD formule):	Datum:/...../.....
Proteïnurie:	Datum:/...../.....
Microalbuminurie:	Datum:/...../.....
Micro-albumine/creatinine:	Datum:/...../.....
Albumine/creatinine:	Datum:/...../.....

8. SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN

.....
.....

Met vriendelijke groet,

Dr.

Stempel + handtekening huisarts

