

Zorgtraject Diabetes type 2
Verwijsbrief van huisarts naar podoloog

Datum:

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

Aan:
Podoloog:
Adres:
.....
Telefoon:

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

Kleefbriefje mutualiteit

1. REDEN VAN VERWIJZING

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

2. VOORGESCHIEDENIS

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

Complicaties:

- Neuropathie Cardiovasculair lijden
 Diabetische voet Andere:

3. VOETRISICO

- Risicogroep 1
(verlies van gevoeligheid in de voet, op voorwaarde dat dit blijkt uit een 10g-monofilament)
- Risicogroep 2a
(lichte orthopedische misvormingen zoals prominente meta tarsaalkoppen met minimale eelten en/of soepele hamer- of klauwtenten en/of beperkte hallux valgus <30°)
- Risicogroep 2b
(ernstiger orthopedische afwijkingen)
- Risicogroep 3
(vaatlijden of vroegere voetwonden of amputatie of Charcot)

4. ANTROPOMETRIE

Gewicht: kg

Datum:/...../.....

Lengte: m

Datum:/...../.....

BMI: kg/m²

Datum:/...../.....

Buikomtrek: cm

Datum:/...../.....

5. BLOEDDRUK / EKG

Bloeddruk:/.....

Datum:/...../.....

EKG:

Datum:/...../.....

.....
.....

6. LEVENSTIJL

Voeding:

.....
.....

Alcohol: eenheden/week

Lichaamsbeweging:

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

.....
.....

Rookstatus:

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

7. MEDICATIEGEBRUIK

- Gebruik van bloedverdunners en anticoagulantia

| Naam bloedverdunners / anticoagulantia | Dosis |
|---|-------|
| | |
| | |

8. 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:/...../.....

9. SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN

.....
.....

Met vriendelijke groet,

Dr.

Stempel + handtekening huisarts