

Verwijsbrief van huisarts naar podoloog

Datum:

**Van:**

Huisarts:

.....

..... Adres:

.....

.....

..... Telefoon:

.....

..... GSM:

.....

..... RIZIV-nr.:

.....

.....

**Betreft:**

Patiënt:

.....

..... Rijksregisternummer:

..... Adres:

.....

.....

..... Telefoon:

.....

..... GSM:

.....

.....

Verzekeringsinstelling (VI):

.....

**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

### 3. ANTECEDENTEN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 4. ALLERGIEËN EN INTOLERANTIES

Allergieën:

.....

.....

.....

.....

Intoleranties:

.....

.....

.....

.....

### 5. VOETRISICO

LINKS

- Risicogroep 1
- Risicogroep 2a
- Risicogroep 2b
- Risicogroep 3

RECHTS

- Risicogroep 1
- Risicogroep 2a
- Risicogroep 2b
- Risicogroep

### 6. KLINISCH ONDERZOEK

Antropometrie:

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

BLOEDDRUK: ...../.....

BMI: ..... kg/m<sup>2</sup>

Buikomtrek: ..... cm

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

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

## 7. LEVENSTIJL

Lichaamsbeweging:

- Onmogelijk
- Onvoldoende
- Voldoende
  - Recreatiesport
  - Competitiesport

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

Rookstatus:

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

## 8. MEDICATIEGEBRUIK

Naam medicatie	Dosis/dag	Tijdstip ip			
		's morgens	's middags	's avonds	voor slapen


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

9. AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN

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

Met vriendelijke groet,

Dr. ....

Stempel + handtekening huisarts

