

Verwijsformulier

ALGEMENE GEGEVENS

Verwijzer:	Naam patiënt:
Adres:	Geboortedatum:
Postcode:	Geslacht:
Woonplaats:	Adres:
Telefoon:	Postcode:
	Woonplaats:
	Telefoonnummer:
	Burger Service Nummer:
	Zorgverzekeraar (nummer):

ANAMNESE

Diabetes sinds:		Roken:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Is er een HbA1c bekend?	mmol/mol	Volgt een dieet:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Op datum:		Soort dieet:	
Laatst bekende nuchtere glucose	mmol/l	Medicatie:	
Op datum:			
Gewicht:			
Lengte:			
Bloeddruk:			<i>actuele medicatie evt. bijzenden</i>

RISICOPROFIEL

Hypertensie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Myocard Infarct	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Hypercholesterolemie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Hypertriglyceridemie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Hartfalen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Catarract	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	CVA/TIA	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Reeds controle oogarts	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Reeds controle cardioloog	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

REDEN VERWIJZING

<input type="checkbox"/> Jaarlijkse controle *	<input type="checkbox"/> Instellen/bijstellen op insuline *
<input type="checkbox"/> Huisbezoek *	

(*) = Aankruisen wat van toepassing is

OVERIGE RELEVANTE INFORMATIE

Datum: Handtekening huisarts: