

VOORSCHRIFT DIABETES MATERIALEN

Naam:	Dhr. / Mevr.
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoonnummer:	
Geboortedatum:	
BSN nummer:	
Verzekeringsmaatschappij en polisnummer:	

Diagnose*

<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus type 1	<input type="checkbox"/> Zwangerschapsdiabetes
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus type 2	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk:

*aankruisen wat van toepassing is

Behandeling*

<input type="checkbox"/> Maximale dosis orale medicatie met mogelijke overgang naar insulinetherapie binnen 6 maanden.	
<input type="checkbox"/> 1x daags insuline	<input type="checkbox"/> 4x daags insuline
<input type="checkbox"/> 2x daags insuline	<input type="checkbox"/> D.m.v. insulinepomp, te weten de:
<input type="checkbox"/> 3x daags insuline	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk:

*aankruisen wat van toepassing is

Indien er sprake is van meerverbruik, wat is hiervan de oorzaak? *

<input type="checkbox"/> Moeilijk instelbaar	<input type="checkbox"/> Veel hypo's / hypounawareness
<input type="checkbox"/> Zwangerschap	<input type="checkbox"/> Ziekte / stress
<input type="checkbox"/> Instellen op andere insuline	<input type="checkbox"/> Actieve baan / onregelmatig werk
<input type="checkbox"/> Postoperatief t.g.v.:	<input type="checkbox"/> Overgang naar insulinepomp
<input type="checkbox"/> Medicatie, namelijk:	<input type="checkbox"/> Anders,

*aankruisen wat van toepassing is

Benodigd aantal extra teststrips per kwartaal:

Voor welke periode is meerverbruik noodzakelijk:

Opmerkingen / bijzonderheden:

.....

.....

Door wie is het diabetesmateriaal voorgeschreven	
Ziekenhuis / praktijk:	Handtekening en stempel van de voorschrijver:
Naam behandelaar:	
Functie:	
Telefoonnummer:	
Datum:	

Dit formulier kan ongefrankeerd retour gestuurd worden naar:

dediabeteswinkel.nl

Antwoordnummer 10273

5200 VB 'S-HERTOGENBOSCH

TEL: 0800-023 99 44 (gratis) / FAX: 073-5210193 / E-MAIL: info@dediabeteswinkel.nl