

VOORSCHRIFT IN HET KADER VAN DE REVALIDATIEOVEREENKOMST MET HET VERZEKERINGSCOMITE
VAN DE DIENST VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING VAN HET RIZIV VAN
.....(*) TOT

Identificatie van de rechthebbende

Naam van de patiënt :

Geslacht : M V

Geboortedatum : dag : . . maand : . . jaar :

Postcode woonplaats :

Aanvraag voor zelfregulatieprogramma
 insulinepompprogramma

goedkeuring voor één van beide programma's
impliceert automatisch goedkeuring voor de
verplaatsingskosten voor bezoeken
in de leefomgeving van de rechthebbende

De diabetes wordt behandeld door :

- de pediater-diabetoloog van de geconventioneerde dienst
 een andere geneesheer : specialist : Dr.
RIZIV-inschrijvingsnummer
 huisarts: Dr.
RIZIV-inschrijvingsnummer

Klinisch - Anamnestiche gegevens

Jaar waarin de diabetes is ontstaan (1^{ste} insuline-injectie) :

- Deed deze patiënt voor (*) reeds zelfcontrole Neen Nieuw ontdekte diabetes
in het kader van een type-revalidatieovereenkomst
 Nieuw in een
revalidatieovereenkomst
 Ja in het kader van de
revalidatieovereenkomst van het
ziekenhuis
 in het kader van een
revalidatieovereenkomst van
een ander ziekenhuis

- Aantal insuline – injecties : 1
per dag (toegediend vóór de raadpleging
voor onderhavig voorschrift) 2
 3
 > of = 4
 insulinepomp

(*) steeds dezelfde datum vermelden namelijk de begindatum van de gevraagde periode

(**) men kan meerdere keuzes aanduiden

Voorgeschreven insuline per 24 uur ():**

- Vlugwerkende insulines
- Insulines met intermediaire werkingsduur
- Traagwerkende insulines
- Ultralangwerkende insulines

Aantal ernstige hypoglycemieën: gedurende de twaalf maanden voorafgaand aan (*)
 (t.t.z. met bewustzijnsverlies/aanvallen waarvoor de tussenkomst van een derde noodzakelijk was)

Aantal hospitalisaties van 24 uur of meer wegens diabetes gedurende 12 maanden voorafgaand aan (*)

Laatste Hb A1c – waarde in het bezit van de arts op het ogenblik van onderhavig voorschrift , %

Hb A1c Referentiewaarde :

Datum van afname =

Aantal gedurende de voorbije maand (maand jaar)
gedane glycemiezelfcontroles

Aantal gedurende de voorbije maand (maand jaar)
gedane glucosuriezelfbepalingen

Voorgeschreven zelfcontrole

	SYSTEMATISCH	ENKEL BIJ PROBLEMEN	NOOIT
Glycemie			
Glucosurie			
Ketonurie			

DATUM :

NAAM EN HANDTEKENING VAN DE PEDIATER-DIABETOLOOG
 VAN DE GECONVENTIONEERDE DIENST

(*) steeds dezelfde datum vermelden namelijk de begindatum van de gevraagde periode
 (**) men kan meerdere keuzes aanduiden