



**VERWIJBSBRIEF:  
Huisarts naar oogarts  
EVALUATIE FORMULIER:  
Oogarts naar huisarts**

**Aan de OOGARTS**

Geachte collega,

Betreft: .....

Graag ontvang ik van deze patiënt(e) een verslag van het oftalmologisch onderzoek (met oogfundus).

Gelieve hiervoor BIJGAAND FORMULIER te gebruiken.

Hieronder vindt U enkele gegevens over deze patiënt(e).

**MEDISCHE ANTECEDENTEN:**

Diabetes sinds:

Hypertensie:           0 ja    0 neen

Nierlijden:            0 ja    0 neen

    0 microalbuminurie

    0 macroalbuminurie

    0 ingekrompen nierfunctie

Schildklierlijden      0 ja    0 neen

Nicotine:             0 ja    0 neen

Andere aandoeningen:

**HUIDIGE MEDICATIE:**

**SITUERING:**

HbA1c:

Bloeddruk:

Met vriendelijke groeten,

Dr .....

## OFTALMOLOGIE evaluatie formulier

IKED is een kwaliteitsbevorderingsproject voor diabeteszorg, dat in België op ruime schaal gebruikt wordt.

Mogen wij u daarom vragen om uw bevindingen in het volgende formulier aan te kruisen en terug te sturen naar:

Dr .....

.....

.....

of te faxen naar 053 / .....

---

Naam van de patiënt(e): ..... geboortedatum: .../.../.....

Datum van het oogonderzoek: .. / .. / 200. .

Laatste oogonderzoek is ongeveer ..... maand / jaar geleden

	<b>RECHTS</b>	<b>LINKS</b>
CATARACT?	J / N	J / N
OOGFUNDUS?		
. retina zichtbaar?	J / N	J / N
. MACULOPATHIE?		
-geen maculair oedeem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-niet klinisch significant maculair oedeem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-klinisch significant maculair oedeem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
. PERIFERE RETINOPATHIE?		
-geen perifere diabetische retinopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-milde non proliferatieve diabetes retinopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-matige non proliferatieve diabetes retinopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-ernstige non proliferatieve diabetes retinopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-proliferatieve retinopathie:		
-nieuwvaatvorming op de papil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-perifere nieuwvaatvorming	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-vitreale tracties	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-netvliesloslating	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-status post pan fotocoagulatie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
WAS ER TIJDENS DE JONGSTE 15 mnd LASERTHERAPIE NODIG?	J / N	J / N
BLINDHEID?	J / N	J / N
sinds wanneer? .....		
VISUS?	..../..	..../..
OOGBOLDRUK?	... mm Hg	... mm Hg

---

Opmerkingen?

Volgende controle: na ... maanden

STEMPEL: