

**Naam patiënt:** \_\_\_\_\_

**Geboortedatum:** \_\_\_\_\_

	Huidige situatie Datum: ...../...../.....	Doelstelling EBM streefwaarde	Resultaat na 3 mdn Datum: ...../...../.....	Resultaat na 6 mdn Datum:...../...../.....	Resultaat na 9 mdn Datum:...../...../.....	Resultaat na 12mdn Datum:...../...../.....																																																	
<b>Ziekteinzicht</b>																																																							
<b>Regelmatig bewegen</b>	Welke sport?  Hoeveel tijd per week?	5 X 30 min per week  Hoeveel tijd per week?	Meer beweging? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Indien ja: Hoeveel tijd per week?	Meer beweging? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Indien ja: Hoeveel tijd per week?	Meer beweging? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Indien ja: Hoeveel tijd per week?	Meer beweging? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Indien ja: Hoeveel tijd per week?																																																	
<b>Tabakgebruik</b>	<input type="checkbox"/> Patiënt rookt <input type="checkbox"/> Patiënt rookt niet	Wenst te stoppen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Rookt hij/zij nog? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Rookt hij/zij nog? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Rookt hij/zij nog? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Rookt hij/zij nog? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen																																																	
<b>Gezonde voeding</b>	<input type="checkbox"/> Gezonde voeding?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Gezonde voeding opgenomen in het educatieprogramma Consult diëtist	Is de voeding gezonder?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Is de voeding gezonder?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Is de voeding gezonder?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Is de voeding gezonder?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen																																																	
<b>Gewicht</b>	..... kg  BMI:.....	5% daling 10% lichaamsgewicht	..... kg  BMI:.....	..... kg  BMI:.....	..... kg  BMI:.....	..... kg  BMI:.....																																																	
<b>HbA1c</b>	..... %	7 %	..... %	..... %	..... %	..... %																																																	
<b>LDL-Cholesterol</b>	..... mg/dl	< 100 mg/dl <sup>1</sup> < 70 mg/dl <sup>2</sup>	..... mg/dl	..... mg/dl	..... mg/dl	..... mg/dl																																																	
<b>Bloeddruk</b>	.....mm Hg	< 130/80 mm HG	.....mm Hg	.....mm Hg	.....mm Hg	.....mm Hg																																																	
<b>µ-albuminurie aanwezig?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	NEEN	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen																																																	
<b>Risicograad voet</b>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>a</td> <td>b</td> <td></td> </tr> <tr> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>L</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		0	1	2	2	3				a	b		R						L											<table border="1"> <tr> <td></td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>a</td> <td>b</td> <td></td> </tr> <tr> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>L</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		0	1	2	2	3				a	b		R						L					
	0	1	2	2	3																																																		
			a	b																																																			
R																																																							
L																																																							
	0	1	2	2	3																																																		
			a	b																																																			
R																																																							
L																																																							
<b>Vaccin-griep</b>	<input type="checkbox"/> Ja   datum: ...../...../.....																																																						
<b>Pneumokokken</b>	<input type="checkbox"/> Ja   datum:...../...../.....																																																						
<b>1 / jaar Diabetoloog</b>	<input type="checkbox"/> Ja   datum...../...../.....																																																						
<b>1 / jaar Oftalmoloog</b>	<input type="checkbox"/> Ja   datum...../...../.....																																																						

<sup>1</sup> Bij patiënten zonder voorafgaande geschiedenis van hart- en vaatlijden

<sup>2</sup> Bij patiënten met voorafgaande geschiedenis van hart-en vaatlijden