

Vragenlijst voor behandeld arts/diabetesverpleegkundige

Uw patiënt is actief bij de brandweer. Hiervoor vindt periodiek een keuring plaats om fysieke en mentale belastbaarheid te beoordelen. Gezien meneer of mevrouw bekend is met diabetes willen wij u als behandelaar vragen onderstaande lijst in te vullen. Een brandweerman of -vrouw met diabetes zal jaarlijks voor de keuring gezien worden, waarbij telkens de behandeld arts of diabetesverpleegkundige gevraagd zal worden voorliggende vragenlijst vooraf in te vullen. Deze gegevens zijn noodzakelijk voor de keuringsarts om de wettelijk verplichte keuring uit te kunnen voeren. Zonder deze gegevens kan de keuring niet worden afgerond en ontvangt u een (tijdelijke) afkeuring.

Dit document blijft eigendom van de patiënt en zal niet door Active Living worden opgeslagen, het document zal enkel door de keuringsarts worden ingezien. Indien uw meer informatie wenst over de verwerking van gegevens kunt u de algemene privacy verklaring van Active Living raadplegen via activeliving.nl.

Betreft patiënt: _____ **Geboortedatum:** _____

Toestemmingsverklaring: Ik, ondergetekende, geef hierbij toestemming aan mijn behandelend specialist/diabetesverpleegkundige om onderstaande medische informatie in te vullen en deze te verstrekken aan mij. Ik begrijp dat deze informatie gebruikt wordt voor mijn brandweerkeuring.

Naam patiënt: _____ **Handtekening:** _____

Datum van ondertekening: _____

1. Wat is het type diabetes?

- ☐ Diabetes Type 1
- ☐ Diabetes Type 2
- ☐ Anders, namelijk: _____

2. Waar bestaat de huidige medicamenteuze behandeling van de diabetes uit?

.....
.....

3. Wanneer was de laatste medicatiewijzing (van middel of dosering)?

- ☐ In de laatste 6 maanden, namelijk: _____
- ☐ Tussen 6 en 12 maanden terug, namelijk: _____
- ☐ Langer dan 12 maanden terug

4. Gebruikt patiënt een insulinepomp?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

5. Maakt patiënt gebruik van continu glucosemonitoring (CGM)?

- ☐ Ja, time in range: _____%; time below range: _____%
- ☐ Nee

6. Heeft patiënt het afgelopen jaar door een ernstige hypoglycaemie hulp van derden nodig gehad?

- ☐ Ja, datum laatst gerapporteerde hypoglycaemie: _____
- ☐ Nee

7. Kan patiënt een hypoglycaemie goed aanvoelen / herkennen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ N.v.t.

**een ernstige hypoglykemie: een hypoglykemie die de hulp van een andere persoon behoeft.*

8. Is de patiënt in het afgelopen jaar opgenomen geweest voor enige diabetes-gerelateerde complicatie?

- ☐ Ja, toelichting: _____
- ☐ Nee

9. Wat is de laatst gemeten HbA1c-waarde?

HbA1c: _____ eenheid: _____ datum meting : _____

10. Bent u tevreden over de glucoseregulatie bij deze patiënt?

- ☐ Ja
- ☐ Nee, toelichting: _____

11. Zijn er beperkingen die invloed kunnen hebben op het uitvoeren van fysiek inspanning?

- ☐ Ja
- ☐ Nee, toelichting: _____

Ruimte voor toelichting:

.....

Datum: _____

Ingevuld door: _____

Handtekening: _____