

[Bijlage 74

**NOTIFICATIE VAN EEN BEPERKT PROGRAMMA VOOR GLYCEMIECONTROLE
BIJ EEN PATIËNT MET DIABETES TYPE 2**

Kleefbriefje ziekenfonds van de patiënt

Ik, Dr.(naam en voornaam)
.....(RIZIV-identificatienummer)

deel hierbij mee dat ik aan(naam en voornaam van de patiënt), voor wie ik het globaal medisch dossier beheer, een beperkt programma voor glycemiecontrole (educatie en zelfzorg) verleen.

Ik bevestig dat de patiënt een behandeling volgt met inspuibare incretinemimetica of dagelijks één enkele insuline-injectie krijgt en dat aan de patiënt diabeteseducatie werd gegeven.

- Ik heb het programma gestart op .../.../..... (dd/mm/jjjj)
- * Ik heb het programma verlengd vanaf .../.../..... (dd/mm/jjjj): Ik heb vastgesteld dat mijn patiënt tijdens de afgelopen periode daadwerkelijk de vereiste glycemiecontroles heeft uitgevoerd en dat de HbA1c-waarde van de patiënt, gemeten op zijn vroegst 3 maanden voor het einde van de voorbije periode van 12 maanden, minder bedraagt dan 7,5%.

Ik houd de gegevens over de diabeteseducatie en de HbA1c-resultaten van de patiënt te uwer beschikking

Naam + Stempel

Datum en handtekening

* Enkel aankruisen indien het glycemiecontroleprogramma na een voorgaande periode van 12 maanden verlengd wordt voor een nieuwe periode van 12 maanden

**DOCUMENT ONDER GESLOTEN OMSLAG OVER TE MAKEN AAN DE
ADVISEREND GENEESHEER VAN HET ZIEKENFONDS]**