

**NAAM HUISARTS:**.....**TEL NR:** .....

*(MINIMUM 2x/jaar op consultatie, geen maximum)*

Afspraken:

...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....
...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....
...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....
...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....

**NAAM ENDOCRINOLOOG:**.....**TEL NR:** .....

*(MINIMUM 1x/jaar op consultatie, geen maximum)*

Afspraken:

...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....
...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....

**NAAM DIABETESEUCATOR:**.....**TEL NR:** .....

*(aantal verplichte/optionele sessies, zie standaardvoorschrift en stappenplan)*

Afspraken:

...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....
...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....
...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....
...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....
...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....
...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....
...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....

**NAAM OFTALMOLOOG (jaarlijkse controle) :**.....**TEL NR:** .....

Afspraken:

...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....
-------------------	-------------	-------------------	-------------	-------------------	-------------	-------------------	-------------

**NAAM DIËTIST:**.....**TEL NR:**.....

*(recht op 2 terugbetaalde sessies/jaar, patiënt betaalt remgeld)*

Afspraken:

...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....
...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....

**NAAM PODOLOOG:**.....**TEL NR:**.....

*(recht op 2 terugbetaalde sessies/jaar, patiënt betaalt remgeld)*

Afspraken:

...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....
...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....	...../...../.....	.....U.....

**NAAM APOTHEKER:**.....**TEL NR:**.....