[Datum]

Onderwerp: Afsluitende brief uitnodiging controle afspraak diabetes zorg

Geachte heer/ mevrouw,

*Inleiding*Voor patiënten met diabetes is het belangrijk om regelmatig bij uw huisarts en praktijkondersteuner op controle te komen. Als diabetes patiënt wordt u daarom door uw huisarts uitgenodigd voor in ieder geval een aantal controles per jaar.

*Uitnodigingen*  
Uit onze gegevens blijkt dat u de afgelopen weken niet bent verschenen of heeft gereageerd op deze controle afspraken. Wij hebben opnieuw telefonisch contact met u gezocht, omdat wij u graag zo goed mogelijke zorg willen bieden.

*Het belang van controle*Diabetes mellitus is een chronische stofwisselingsziekte die consequenties heeft voor het gehele lichaam. Diabetes is niet te genezen, maar wel goed te behandelen. De behandeling van diabetes moet ervoor zorgen dat uw bloed glucose waarden niet te hoog worden. Uw bloed mag niet teveel glucose bevatten. Als deze waarde goed is, dan zult u geen last hebben van problemen als dorst, wazig zien, vermoeidheid en veel plassen. Wel kunt u op den duur last krijgen van andere klachten, vooral als u al langer diabetes heeft. Deze problemen kunnen voorkomen op verschillende plaatsen in het lichaam en worden complicaties genoemd. Complicaties van diabetes zijn: hart- en vaatziekten, problemen met de ogen, de zenuwen, de voeten en de nieren. Voor alle complicaties geldt: als ze op tijd worden ontdekt, kunnen ze beter worden behandeld. Daarom is het belangrijk dat er op tijd wordt gecontroleerd of u complicaties heeft.

Dit is de reden dat uw huisarts en praktijkondersteuner u dringend adviseren om regelmatig op controle te komen in de praktijk zodat u op al deze punten gecontroleerd kunt worden en er tijdig ingegrepen kan worden als dat nodig is. Het ketenzorgprogramma is een extra aanbod voor mensen met diabetes in aanvulling op de gewone huisartsenzorg.

*Afspraak maken*Omdat wij graag weten om welke reden u niet op controle komt, vragen wij u om binnen 2 weken telefonisch contact met ons op te nemen. Dit kan tijdens het telefonisch spreekuur op [dag en tijd] Als u geen contact opneemt met de praktijk zijn wij niet in staat om u de zorg te bieden waar voor u in aanmerking komt.

*Afzien van controle*Als u besluit om af te zien van de controle, verzoeken wij u om in de bijgevoegde verklaring aan te geven wat daarvan de reden is. De praktijk zal u dan verder niet meer uitnodigen. Op het moment dat u daarna besluit u toch weer aan te melden kan dat altijd bij uw huisarts of praktijkondersteuner.

Als u de bijgevoegde verklaring niet invult en geen contact met ons opneemt, gaan we er vanuit dat u er bewust voor kiest om **geen** gebruik te maken van de controles als onderdeel van het zorgprogramma. Wij respecteren uiteraard uw keuze en zien verder af van actieve oproepen voor een periode van 1 jaar. Daarna nemen wij weer opnieuw contact met u op om te vernemen of uw keuze is veranderd.

*Altijd welkom*Wij vinden het belangrijk om te benadrukken dat u in de tussentijd altijd van harte welkom blijft om bij al uw gezondheidsvragen – en klachten contact op te nemen met onze huisartsenpraktijk. Uw keuze om wel of niet deel te nemen aan het ketenzorgprogramma heeft hierop geen invloed.

Als u over deze brief of de controles nog vragen heeft kunt u altijd een afspraak maken bij uw huisarts of praktijkondersteuner voor nadere toelichting of uitleg.

met vriendelijke groet,

[Naam], praktijkondersteuner [Naam], huisarts

[Telefoonnummer en andere contactgegevens]

**ALLEEN INVULLEN BIJ NIET MEER WILLEN DEELNEMEN AAN HET OPROEPSYSTEEM VOOR DE DIABETES CONTROLE**

Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_

Ik wil **NIET MEER** uitgenodigd worden voor de diabetes controles

Reden: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: Handtekening:

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gaarne dit formulier retourneren aan uw huisarts.   
*[Denk aan eventueel bijvoegen geadresseerde en gefrankeerde envelop aan de praktijk]*