

Verwijsformulier

Oncologische revalidatie

basalt

De kracht van revalidatie

Basalt Leiden tel: 071 - 5 195 300
Sector Volwassenenrevalidatie fax: 071 - 5 195 153
t.a.v. mw. Drs. D. Stokman – Meiland mail: m.baliehr@basaltrevalidatie.nl
Wassenaarseweg 501, 2333 AL Leiden www.basaltrevalidatie.nl

Gegevens verwijzer

Naam arts	_____	Ziekenhuis	<input type="checkbox"/> LUMC
Functie arts	_____		<input type="checkbox"/> Alrijne Leiden
PC / Woonplaats	_____		<input type="checkbox"/> Alrijne Leiderdorp
			<input type="checkbox"/> Alrijne Alphen a/d Rijn
Telefoon	_____		<input type="checkbox"/> Anders:
Fax	_____	Datum verwijzing	_____
E-mail	_____	Handtekening arts	_____

Gegevens patiënt

Naam patiënt	_____	Geslacht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Adres	_____	Geboortedatum	_____
PC / Woonplaats	_____	Email	_____
Telefoon	_____	BSN Nummer	_____

LET OP

Om een passend revalidatieprogramma op te kunnen stellen, ontvangen wij graag relevante brieven inclusief voorgeschiedenis en oncologische behandeling (operatie, chemotherapie, radiotherapie, aanvullende behandelingen).

Diagnose:

Diagnosedatum:

Voorgeschiedenis:

Zie ommezijde voor verwijsvraag en aanvullende informatie

Aanvullende informatie

TNM classificatie:

Prognose: in opzet curatief / remissie / palliatief

LET OP indien palliatief: het revalidatieprogramma is alleen gericht op een stabiele ziektegerichte en symptoom gerichte palliatieve fase, niet op een terminale palliatieve fase.

Behandeling	<input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nee	Soort/ toelichting	Datum (van/tot)
OK	<input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nee		
Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nee	1..... 2..... 3..... 4.....	1..... 2..... 3..... 4.....
Radiotherapie	<input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nee	1..... 2..... 3..... 4.....	1..... 2..... 3..... 4.....
Aanvullende behandelingen	<input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nee		

Cardiopulmonale problemen gerelateerd aan oncologische behandeling? Ja/ Nee
Namelijk

Cardiopulmonale analyse gehad voor/na oncologische behandeling? Ja/ Nee
Bevindingen

Verwijsvraag

Reden van verwijzing:

Lastmeter ingevuld: Ja/ Nee

Uitslag Lastmeter:

Op welk gebied heeft patiënt klachten?

fysiek, namelijk _____

psychisch, namelijk _____

cognitief, namelijk _____