

Verwijsformulier

Oncologische revalidatie

Basalt Leiden
Sector Volwassenenrevalidatie
t.a.v. mw dr. M. van Lis
Postbus 176, 2300 AD Leiden

tel: 071 - 5 195 300
fax: 071 - 5 195 153
www.basaltrevalidatie.nl

basalt

De kracht van revalidatie

Gegevens verwijzer

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

Verwijsvraag en aanvullende informatie

Diagnose:

Diagnosedatum:

TNM classificatie:

Bij metastasen op afstand vóór verwijzing graag overleg, aangezien programma is gericht op curatief behandelde patiënten.

Reden verwijzing:

Lastmeter ingevuld: Ja/ Nee

Eventuele opmerkingen:

Uitslag Lastmeter:

Aanvullende signalering: Ja/ Nee

Uitslag: CES-D (Depressie vragenlijst):

PSK (Patiëntspecifieke Klachtenlijst):

1.

2.....

3.....

VAS- vermoeidheid:

Om een aangepast revalidatieprogramma op te stellen, ontvangen wij graag relevante brieven.

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		