

# 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"/> Diaconessenhuis
PC / Woonplaats	_____		<input type="checkbox"/> Alrijne Ziekenhuis
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	_____

### 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: .....

PSK: 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		