

Verwijsformulier

Oncologische revalidatie

Basalt Delft
Sector Volwassenenrevalidatie
Reinier de Graafweg 1, 2625 AD Delft
www.basaltrevalidatie.nl

tel: 015 – 27 80 232
mail: msvdelft@basaltrevalidatie.nl

basalt

De kracht van revalidatie

Gegevens verwijzer

Naam arts	_____	Ziekenhuis	☐ Reinier de Graaf
Functie arts	_____		Gasthuis
PC / Woonplaats	_____		☐
Telefoon	_____		
Fax	_____	Datum verwijzing	_____
E-mail	_____	Handtekening arts	_____

Gegevens patiënt

Naam patiënt	_____	Geslacht	☐ M ☐ 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	☐ Ja/ ☐ Nee	Soort/ toelichting	Datum (van/tot)
OK	☐ Ja/ ☐ Nee		
Chemotherapie	☐ Ja/ ☐ Nee	1..... 2..... 3..... 4.....	1..... 2..... 3..... 4.....
Radiotherapie	☐ Ja/ ☐ Nee	1..... 2..... 3..... 4.....	1..... 2..... 3..... 4.....
Aanvullende behandelingen	☐ Ja/ ☐ 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 _____