

Verwijzing Fysiotherapie bij Oncologie

Patiëntgegevens:

Ponsplaatje / sticker:

Voorletters: _____

Achternaam: _____

Geboortedatum: _____

BSN: _____

Adres: _____

Verzekering: _____

Naam verwijzer / specialist:

Naam: _____

Specialisme: _____

Behandellocatie (praktijk, aan huis, instelling): _____

Datum: _____

Handtekening: _____

Omschrijving aangevraagde behandeling / therapievorm:

Diagnose:

TNM classificatie: _____

Fase (curatief, palliatief, terminaal): _____

Stempel:

Verwijzing Fysiotherapie bij Oncologie

Medische behandelingen:

- Uitgevoerde operatie(s): _____
Datum operatie: _____ Datum ontslag: _____
- Chemotherapie
Soort: _____
Startdatum: _____
(Verwachte) laatste behandeldatum: _____
- Radiotherapie
Startdatum: _____
(Verwachte) laatste behandeldatum: _____
- Hormoontherapie
Soort: _____
- Immunotherapie
- Overige behandelingen: _____

Comorbiditeit(en):

Huidige medicatie: _____

Andere medische behandelingen: _____

Opmerkingen / bijzonderheden: _____

In te vullen door fysiotherapeut:

Praktijknaam: _____

Behandelend therapeut: _____

AGB code praktijk: _____

Aanvangsdatum behandeling: _____

Diagnose code: _____

Stempel:

Handtekening: _____