

# Verwijzing fysiotherapie bij oncologie

**Patiëntgegevens:**

**Ponsplaatje / sticker:**

Voorletters: \_\_\_\_\_

Achternaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

BSN: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Verzekering: \_\_\_\_\_

Relatienr: \_\_\_\_\_

**Naam verwijzer / specialist:**

Naam: \_\_\_\_\_

Specialisme: \_\_\_\_\_

Behandellocatie (praktijk, aan huis, instelling): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_

**Omschrijving aangevraagde behandeling / therapievorm:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Diagnose:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TNM classificatie: \_\_\_\_\_

Fase (curatief, palliatief, terminaal): \_\_\_\_\_

**Stempel:**

zie achterkant

# 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:

## Stempel:

Praktijknaam: \_\_\_\_\_

Behandelend therapeut: \_\_\_\_\_

AGB code praktijk: \_\_\_\_\_

Aanvangsdatum behandeling: \_\_\_\_\_

Diagnose code: \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_