



Aanmeldformulier prostaatpatiënt RT

Geachte collega,
Om uw patiënt te kunnen inplannen voor radiotherapie, verzoeken wij u vriendelijk om dit formulier volledig in te vullen en te zenden naar
faxnummer: 010 – 704 2000

De **CD-ROM** met patiëntgegevens kunt u sturen aan:
**Erasmus MC Daniel den Hoed
Triage Radiotherapie DHF1-05
Postbus 2040
3000 CA Rotterdam**

Gegevens verwijzer

Naam ziekenhuis _____
Naam verwijzer _____ Specialisme Urologie
Telefoonnummer _____
Datum fax verstuurd _____ Aantal pag. _____
Uw faxnummer _____

Gegevens patiënt

Volledige naam + voorletters _____
Geboortedatum _____ Man Vrouw BSNnummer _____
Adres _____
Postcode + plaats _____
Telefoonnummer (thuis) _____
Telefoonnummer (mobiel/werk) _____

Voeg de volgende gegevens toe:

- Verwijsbrief
- PSA
- PA verslag
- Botscan **CD-ROM** met verslag, indien PSA > 20
- Indien verricht: CT/MRI **CD-ROM** met verslag

Wij doen ons best om alle patiënten **zo snel mogelijk te zien.**

Indien de patiënt echter de voorkeur heeft om op een later tijdstip gezien te worden, kunt u dit hieronder aangeven:

- binnen 1 week na 4 weken
- 1-3 weken anders:

- Is patiënt eerder in Erasmus MC / Daniel den Hoed behandeld? Ja Nee
- Is er ooit MSRA-dragerschap bij patiënt aangetoond? Ja Nee
- Is patiënt gast-dyalisant uit het buitenland? Ja Nee
- Is patiënt de afgelopen 2 mnd in een buitenlands ziekenhuis (poli)klinisch behandeld? Ja Nee
- Heeft patiënt beroepsmatig contact met levende varkens en/of kalveren? Ja Nee

Indien één van bovenstaande gegevens ontbreekt, kunnen we uw patiënt niet inplannen!

In te vullen door secretaresse ErasmusMC Radiotherapie

Opmerkingen:				
Beoordeeld door:	d.d.:			
CD-rom ontvangen/ingelezen	NVRO categorie:	A	SA	O B
Naam medewerker:				
Datum afspraak:	tijd:	Radiotherapeut:		
Basisnummer:				
Afspraak bevestigd naar verwijzer d.d.:				