# HollandPTC aanmeldingsformulier protonentherapie

## Verwijzing

*Aanmelddatum: Selecteer de datum*

*Verwijzend radiotherapeut  AGB-code *

*Telefoonnummer verwijzer *

*Verwijzend Instituut Selecteer uw instituut of vul in*

*Verwijzend orgaanspecialist  AGB-code *

*De verwijzer heeft toestemming verkregen van de patiënt voor het versturen van medische gegevens naar HollandPTC en voor het aldaar opslaan en verwerken van deze gegevens t.b.v. planvergelijking/verwijzing protonentherapie.*



## Patiënt

*Indien de patiënt al een planvergelijking in HollandPTC heeft ondergaan kunt u volstaan met het invullen van Geboortenaam, Huwelijksnaam (indien van toepassing), Voornaam, Geboortedatum en BSN*

**

*Geboortenaam en tussenvoegsel *

*Huwelijksnaam (indien van toepassing) *

*Voornaam  Voorletters *

*Geboortedatum  *

*BSN *

*---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------*

*Patiëntnr. verwijzend instituut *

*Straat  Huisnummer *

*Postcode  Woonplaats *

*Telefoon  Telefoon 2 (evt) *

*E-mailadres *

*Verzekeraar  Polisnr. *

*Huisarts  AGB-code *

## Gegevens Verwijzing

### Samenvatting casus

*(diagnose, voorgeschiedenis, voorgaande behandelingen, MDO uitslag, conclusie, behandelplan incl omschrijving doelvolume’s, dosering en eventuele consessies of bijzonderheden. Indien de patiënt al een planvergelijking in HollandPTC heeft ondergaan kunt u volstaan met het invullen van diagnose, conclusie, plan.)*

**

### Nierfunctie (optioneel)

*eGFR*  *ml/min/1,73 m2 Datum bepaling: Selecteer de datum*

*Kreatinine*  *µmol/L Datum bepaling: Selecteer de datum*

## Opmerkingen (optioneel)

**

*Voor evt. inhoudelijke vragen m.b.t. het verwijsformulier kunt u contact opnemen met HollandPTC via*

*e-mail* [*verwijzing@hollandptc.nl*](mailto:verwijzing@hollandptc.nl) *of telefoon 088 501 1100*

*Bij ICT-problemen: afdeling ICT HollandPTC: telefoonnummer 088-5018824, e-mail*

[*HPTC-ICTBeheer@hollandptc.nl*](mailto:HPTC-ICTBeheer@hollandptc.nl)

## **Gezamenlijk met dit aanmeldingsformulier** dienen onderstaande gegevens te worden aangeleverd via de sFTP-server van HollandPTC **(alle tumorgroepen)**:

1. Verwijsbrief
2. Diagnostische beeldvorming in **DICOM-formaat** met bijbehorende verslaglegging (MRI, CT en

PET-CT)

1. OK verslag (indien van toepassing)
2. Pathologieverslagen
3. Laboratoriumgegevens
4. MDO-verslag
5. **Tumor specifieke** aanvullende gegevens:

In geval van **neurologische tumoren** vragen wij aanvullend de volgende gegevens:

* Uitslag neurocognitieve testen
* Audiogram (op indicatie)
* Visustesten (op indicatie)

In geval van **hoofd-hals tumoren** vragen wij aanvullend de volgende gegevens:

* Verslag panendoscopie
* Verslag tandheelkundige screening
* Geplande gebitssanering? Datum: *Selecteer de datum*
* Endocrinologische screening (op indicatie)

In geval van **borst tumoren** vragen wij aanvullend de volgende gegevens:

* Informatie over gebruikte materiaal van clips, tissue expander, andere implantaten

In geval van **oog tumoren** vragen wij aanvullend de volgende gegevens:

* Oogmetingenformulier (PDF; https://www.hollandptc.nl/verwijzers/verwijzersportaal/)
* Echo oog (DICOM, video in std.)
* QoL vragenlijsten (PDF; EORTC-CLC-30, OPT30, IES, EQ-5D-5L)

Indien aanwezig:

* FAG (DICOM of JPEG)
* OCT (TIFF)
* Klinische foto’s oog (JPEG)

In geval van **long tumoren** vragen wij aanvullend de volgende gegevens:

* Bronchoscopie verslag
* Verslag EUS/ EBUS
* MRI hersenen verslag
* Longfunctie onderzoek verslag
* (bij longtop tumor) MRI-longtop/plexus
* Datum diagnostische PET-CT