# Hoofd-halstumoren - HollandPTC aanmeldingsformulier planvergelijking en/of protonentherapie

## Verwijzing

*Aanmelddatum: Selecteer de datum*

*Verwijzend radiotherapeut  AGB-code *

*Telefoonnummer verwijzer *

*E-mailadres verwijzer *

*Verwijzend instituut *

*Verwijzend orgaanspecialist  AGB-code *

*Indien van toepassing, behandelend internist-oncoloog *

*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

**

*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.)*

**

### Inclusie in studie

*(zo ja welke):*

**

### Voorgeschreven totaaldosis en fractiedosis:

**

### Lengte en gewicht

*Lengte*   *Gewicht* 

### Diabetes

### Ja Nee

### Lichaamsvreemde materialen

Patiënt heeft lichaamsvreemde materialen, in doelgebied of nabije omgeving, zoals clips, protheses:

### Ja Nee

### Toelichting

**

### Nierfunctie (optioneel)

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

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

### Aanvullende gegevens

Baseline karakteristieken  
*Datum eerste consult KNO-arts / chirurg:* *Selecteer de datum*

*Baseline xerostomie:*  helemaal niet  een beetje  nogal of heel erg

*Baseline dysfagie graad:*  I  II  III  IV

*Tumorlocatie*   mondholte  pharynx  larynx

*Indien postoperatief:*  Totale laryngectomie  beide g. submandibulares verwijderd

## Opmerkingen

**

## **Lever met dit formulier** onderstaande gegevens aan via de sFTP-server van HollandPTC:

### Planvergelijking

1. OK-verslag
2. Plannings-CT (DICOM-formaatCT; CT zonder reconstructies en eventueel aanvullend MAR)
3. Contouren t.b.v. planning (DICOM-formaat RTSTRUCT)
4. Fotonenplan (t.b.v. planningsvergelijkingsbespreking) (formaat RTPLAN, RTDOSE)

### Aanmelding protonentherapie

1. Verwijsbrief
2. Diagnostische beeldvorming in **DICOM-formaat** met bijbehorende verslaglegging (MRI, CT en
3. PET-CT)
4. OK verslag (indien van toepassing)
5. Pathologieverslagen
6. Laboratoriumgegevens
7. MDO verslag
8. Verslag panendoscopie
9. Verslag tandheelkundige screening
10. Geplande gebitssanering? Datum:
11. Endocrinologische screening (op indicatie)